CPS
ANN/11

ANNALES

55350

Troisième Année. **Ce Journal paraît le Ier de chaque mois.** **N° 1. — Avril 1845.**

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

ET

DE TOXICOLOGIE.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.
» Alibert. »

—

Des eaux thermales de Pfeffers.

Lettre de M. le docteur Gabrini, médecin de la Faculté de Paris, au rédacteur des Annales de Thér.

Lors de mon départ de Paris, je vous ai promis deux mots sur les eaux thermales de Pfeffers, où je devais passer quelques jours. Maintenant que j'ai étudié sur lieu leurs effets et leur nature, les difficultés de la tâche que je me suis imposée m'effraient, et je l'abandonnerais volontiers. Cette eau thermale, dont les vertus sont si puissantes qu'elles attirent des malades des pays les plus éloignés, ne contient en effet que des doses si minimes de substances médicamenteuses qu'à peine les homéopathes oseraient-ils la proclamer minérale, et qu'il est absolument impossible d'en tenir compte. Aussi Hufeland (*Journ. der Prakt.* Heilk. 1826, janvier) la cite-t-il comme un exemple frappant de therme puissante sans propriétés chimiques : « L'eau de Pfeffers, dit-il, a même odeur et saveur que l'eau commune; l'analyse chimique n'y a, pour ainsi dire, rien trouvé, et, malgré cela, elle possède une activité qui surpasse, dans beaucoup de cas, celle des eaux minérales les plus puissantes. » D'ailleurs son mode d'action est assez obscur : ce qui a ouvert un large champ aux hypothèses les plus singulières pour expliquer les guérisons nombreuses que l'on y observe journellement. C'est ainsi, par exemple, que les anciens lui donnaient une espèce de vie que certains médecins allemands se plaisent à lui conserver encore aujourd'hui par des raisonnements où prévaut surtout « la sympathie naturelle de notre organisme (du mycrocosme) pour les liquides animés du grand *tout;* » « le bien-être qu'éprouve l'enfant de la terre en buvant le *lait* restaurateur de sa mère, » et d'autres figures semblables, quoique plus barbares, comme celle où l'eau thermale étant considérée comme *le sang* de la terre, l'homme s'oublierait au point et serait assez dénaturé pour aller chercher sa guérison jusque dans le sang de sa mère. Paracelse croyait expliquer tout naturellement les effets fortifiants de cette therme en disant que sa chaleur était de même nature que la chaleur animale. Fabrice de Hildan, qui la visita en 1610, dit que l'activité de cette eau : « *Non in crassa quadam ac terrestri, sed aërea ac spiritosa materia consistit.* » Vicari, Abys, et d'autres qui, comme eux, attribuaient à l'or seul quelque valeur médicamenteuse, et qui ne reconnaissaient aucune valeur aux eaux minérales qui ne renfermaient pas ce métal, découvrirent aussi dans les eaux de Pfeffers, par les yeux de la foi et des désirs, ce que matériellement on n'y peut trouver, tant ils étaient pressés par le langage éloquent des faits.

Mais laissons là toutes ces théories dont je ne vous ai parlé que pour vous montrer quelles étaient les difficultés que j'avais à combattre. Il fallait, en effet, résister au désir d'y trouver, comme Vicari, son idole, et d'autre part, ne pas se jetter dans des théories nébuleuses, comme les Allemands, qui, en voulant tout expliquer, vous laissent dans l'obscurité la plus complète. Le seul guide entre ces deux écueils se trouve dans une observation fidèle : c'est lui que je m'efforcerai de suivre scrupuleusement, ce qui ne nous empêchera pas, je l'espère, de nous former une idée générale précise du mode d'action de ces eaux.

Historique. — L'eau thermale de Pfeffers fut découverte vers 1038, suivant les uns, par des chasseurs qui s'étaient égarés dans l'abîme au fond duquel gronde la Tamina, et qui furent frappés des vapeurs qu'ils vi-

rent s'élever au dessus de la source; suivant d'autres, par un domestique du couvent de Pfeffers : ce qu'il y a de certain, c'est que les moines qui, à cette époque, n'oubliaient jamais les intérêts d'ici bas, comprirent tout le parti qu'ils pouvaient tirer de cette trouvaille, et s'empressèrent d'en prendre possession. Vers 1242, on commença à prendre des bains près de la source même; mais le lieu était tellement inaccessible que les malades n'y pouvaient descendre qu'à l'aide d'échelles, et qu'ils étaient obligés de se munir des vivres nécessaires pour y passer les quelques jours qu'ils accordaient au traitement. Vers la seconde moitié du XIVe siècle, on exécuta le projet hardi de fabriquer une maison de bains suspendue entre les deux rochers au dessus de la Tamina. Les baillifs du pays disputèrent alors aux moines la propriété des eaux : l'avidité de richesses était la même des deux côtés; mais les premiers l'emportaient de beaucoup sur les seconds en adresse et en ruse : ils induisirent donc l'un des baillifs à se désister, en leur faveur, de toute prétention à cette propriété, en son nom et celui de ses descendants, et lui assurèrent, en échange, le salut éternel de toute sa famille. Seul possesseur des bains, le couvent de Pfeffers ne fit pas grand'chose pour les rendre plus accessibles; et il faut venir jusqu'à nos jours, où le couvent fut supprimé, pour voir le gouvernement du canton de Saint-Gall construire, d'une part, un chemin commode jusqu'aux bains, et amener, d'autre part, l'eau thermale, par des conduits et sans perte très sensible de chaleur, jusqu'à Ragaz, où un établissement de bains plus confortable a été construit.

Données géologiques. — Pfeffers est situé à 47° 1' latitude septentrionale, et 27° 7' 30" longitude, à près de 700 mètres au dessus du niveau de la mer, au pied du Calanda, qui occupe l'extrémité orientale de la masse de montagnes dont l'extrémité occidentale se trouve près de Bex, et qui parcourt la frontière septentrionale du canton du Valais et renferme les cîmes les plus élevées des Alpes. Au milieu d'une fente profonde de roche calcaire et d'ardoise, où la Tamina paraît s'être frayé un passage, on voit sourdre, par trois fissures distinctes, situées à des hauteurs différentes, les trois jets de l'eau thermale. Celle-ci est tellement limpide qu'à peine laisse-t-elle un léger dépôt à la surface du rocher d'où elle jaillit. C'est un peu de boue provenant des différents terrains qu'a traversé la nappe, c'est-à-dire contenant un peu d'albumine, de l'oxide de fer, de l'oxide de manganèse et de la chaux. La plus élevée des trois sources est presque entièrement à sec dans les années ordinaires, et ne fournit de l'eau que dans les années pluvieuses. Autrefois, elle paraît cependant avoir été plus abondante, si on en juge par la situation de l'ancien établissement de bains fabriqué près d'elle. La source moyenne, située à 8 mètres au dessus de la Tamina, tarit en hiver et reparaît au printemps. L'inférieure se trouve au niveau de la Tamina et coule toujours. Quant à l'abondance du flux, voici ce qu'on a observé : dans les années pluvieuses, comme en 1816 et 1821, par exemple, les trois sources coulaient abondamment; dans celles de grande sécheresse, comme par exemple 1781, 1800, 1819, l'eau était très peu abondante. Toutes ces données, soit dit en passant, paraissent appuyer la théorie des nappes artésiennes.

Propriétes physiques et chimiques. — L'eau de Pfeffers est incolore, inodore, insipide; sa température, prise un jour de beau temps, le baromètre marquant 26' 2" et la température extérieure étant de 12° 1/2 R. (15° 5, c.) à la source, à Ragaz, où elle n'arrive qu'en parcourant un conduit de plus de 4,000 mètres, elle ne présentait que 28° 1/2 R. L'eau distillée pesant 10,000, celle de Pfeffers, ramenée à la même température, pèse 10,003. Si on y plonge la fleur la plus délicate, loin de faner, comme elle le ferait dans l'eau commune portée à cette température, elle s'y conserve plus fraîche que dans l'eau froide ordinaire. Ce fait n'est d'ailleurs pas nouveau dans la science : il a été observé à d'autres sources minérales et en particulier à Vichy; il ne m'en semble pas moins digne d'être noté pour que celui qui chercherait à l'expliquer puisse le rapprocher à ceux déjà connus.

Une analyse rigoureuse, faite en 1841 par M. Lowig, professeur de chimie à l'Université de Berne, a donné les résultats suivants :

Dans 10,000 grammes d'eau de Pfeffers, il trouva :

Chlorhydrate de soude.	0,515400
——— de potasse.	0,030000
Bromure de sodium.	0,000540
Iodure de sodium.	0,002180
Sulfate de soude.	0,092100
——— de magnésie.	0,097000
——— de chaux.	0,073000
Carbonate de chaux.	1,422000
——— de magnésie.	0,292000
Alumine.	0,011000
Oxide de fer.	0,009000
Acide carbonique avec des traces de sulfate de baryte. ——— de silicate de chaux. ——— d'alumine. ——— de magnésie.	0,155000
Matières organiques.	0,110000

Comment pourrait-on, d'après les résultats de cette analyse, se former *à priori* et, pour ainsi dire, analytiquement, une idée tant soit peu satisfaisante de l'action dynamique de l'eau de Pfeffers? Ne devons-nous pas ranger cette source dans la classe déjà si nombreuse de celles où la chimie reste à peu près muette? Car personne ne voudra admettre, je pense, qu'on puisse donner quelque importance aux substances qu'elle y décèle, ou qu'on puisse considérer comme principe actif, par exemple, les 3/4 de grain de sulfate de soude ou de magnésie qui se trouvent dans une livre d'eau. Les progrès gigantesques de la chimie nous feront sans doute connaître tôt ou tard quels sont les principes vraiment actifs qui y sont renfermés; mais en attendant ces données analytiques, observons empiriquement les effets de ces thermes. Bref, agissons ici comme nous le ferions si nous devions étudier l'action thérapeutique d'un principe immédiat nouveau, et, sans nous

occuper de sa composition, étudions ses effets sur l'homme sain et malade et voyons si de cette étude nous ne pourrons tirer des conséquences positives plus générales.

Effets sur l'organisme sain et malade. — La première remarque qui frappe tout homme sain ou malade qui prend de suite quatre ou cinq verres de l'eau thermale, c'est qu'une telle dose d'une eau insipide et si pauvre en sels ne produise pas les moindres nausées; on éprouve au contraire un sentiment de légèreté générale, une douce chaleur se répand dans tout le corps et quelquefois une légère sueur vient humecter le dos; d'autres fois, mais plus rarement, il se manifeste en outre des étourdissements et de la pesanteur de tête. A ces symptômes se joint, le premier jour, une diurèse abondante, qui s'établit avec une étonnante rapidité peu d'instants après l'ingestion de quelques verres de l'eau thermale. Ce phénomène devient moins tranché les jours suivants, et, au bout de six à sept jours, on pourrait dire les fonctions des reins revenues à leur état normal si la plus grande quantité d'eau ingérée ne nécessitait, pour son élimination, une plus grande activité fonctionnelle de ces organes. L'appétit augmente bientôt très notablement et les digestions s'exécutent promptement et sans difficultés. Dans quelques cas très rares, on voit survenir de la constipation ou des déjections diarrhéiques. — Si, à l'usage interne des eaux, on joint, comme cela se pratique le plus souvent, celui des bains, la sensation de bien-être général n'est que plus prononcée : jamais ce bain, pris même *par un sujet parfaitement bien portant* et prolongé au delà d'une heure, ne donne lieu au sentiment de assitude que tout autre bain chaud laisse après lui. Je sais bien que ce fait a déjà été observé à d'autres sources thermales et qu'on a cherché à l'expliquer de différentes manières; mais dans toutes ces explications, du reste très ingénieuses, on est parti de la donnée que les malades seuls ne ressentent pas les effets affaiblissants ordinaires. On a pu dire alors que les principes actifs du bain minéral étaient absorbés, qu'ils allaient neutraliser les effets de la maladie existante et que, partant, le sentiment de vigueur n'était que l'effet naturel de la diminution dans l'intensité de la maladie. Ce n'est pas ici le lieu d'examiner si cette explication est ou non applicable aux autres eaux minérales; ce qu'il y a de certain et que je me limiterai de dire, c'est que, pour notre cas, elle est complétement inapplicable, puisqu'elle ne montre pas comment elle renforce les sujets *bien portants*. Qu'il me suffise, du reste, d'avoir attiré l'attention des observateurs sur ce point curieux, et je reviens à notre sujet principal dont ce problème nous a un instant éloigné.

Ainsi que nous l'avons dit, les symptômes notés sont plus prononcés, quant à l'usage interne des eaux, si on ajoute celui des bains: l'expression de la physionomie et le pouls deviennent plus vifs, l'appétit s'accroît et le sommeil devient tranquille, si avant la cure il était agité; les malades reprennent la ferme espérance d'une prochaine guérison. Cet état de bien-être se prolonge pendant huit à dix jours. Au bout de ce temps, dans la plupart des cas, on voit les fonctions redevenir plus paresseuses, l'appétit se perd, le sommeil devient inquiet, la tête se prend, et les symptômes de la maladie primitive, pour laquelle on est venu aux eaux, s'exagèrent notablement, et une crise survient. Au bout de quelques jours, cet orage s'apaise et les fonctions reprennent graduellement l'activité qu'elles avaient naguère. Mais si l'on s'obstinait alors à vouloir continuer le traitement, on verrait, au bout de deux ou trois semaines, les mêmes symptômes reparaître, et cela au grand détriment de la santé générale. Notons enfin, comme conséquence de la cure, que l'amélioration qui se manifeste après la crise, continue à faire des progrès, même longtemps après la cessation de l'emploi des eaux.

Il ne nous sera pas difficile, d'après ce tableau, de rattacher le mode d'action des eaux de Pfeffers à des principes plus généraux. Tous les symptômes que nous avons énumérés se rattachent, en effet, à un accroissement de l'excitation générale, analogue, quoiqu'à un degré moindre, à celui que produisent les alcooliques, l'opium, etc. : c'est, chez un sujet bien portant, de l'accroissement de vigueur générale, vivacité dans l'expression de la physionomie, accélération du pouls; et plus tard, si on prolonge l'expérience : pesanteur de tête, inquiétude dans le sommeil, etc. Mais les symptômes qui surviennent chez les malades démontrent encore bien plus évidemment cette thèse. Ici nous voyons, après les premiers symptômes d'une excitation légère, la maladie s'aggraver dans la plupart des cas, et une véritable crise survenir; puis reprendre une marche favorable, qui se suspendra bientôt, si on s'obstine trop sur ce moyen curatif. Mais voyons donc quelle est la médication qui, seule, peut donner lieu à des phénomènes de cette nature.

Quand on applique avec succès la médication hyposthénisante dans une maladie de nature inflammatoire, on voit graduellement l'intensité du mal diminuer jusqu'à sa disparition complète ; l'applique-t-on dans une maladie hyposthénique, comme par exemple, dans un empoisonnement par un sel métallique, on voit alors les symptômes primitifs s'accroître et le malade s'affaiblir graduellement jusqu'à sa fin, ou si le mal, joint à l'action de ce traitement irrationnel, ne suffit pas pour l'entraîner au tombeau, le malade reste encore longtemps faible et ne se rétablit qu'avec une extrême lenteur. Faites usage, au contraire, dans ces deux cas opposés, d'un traitement stimulant, et voici les résultats que vous en obtiendrez. Si vous avez affaire à une maladie asthénique, vous verrez le malade reprendre peu à peu ses forces et les fonctions revenir graduellement à leur intégrité parfaite ; s'il s'agit d'une maladie inflammatoire, vous observerez de deux choses l'une, ainsi que Giacomini l'a très bien établi : ou la secousse générale que produit la médication donne lieu à un accroissement momentané de l'inflammation, puis à une crise et enfin à la guérison; ou bien l'organisme n'est pas en état de supporter cette nouvelle

lutte désespérée, et il succombe. C'est par suite d'une observation incomplète de cette action des stimulants, devenue vulgaire en France, qu'on voit trop souvent les hommes du peuple faire usage de cette médication pour guérir promptement une inflammation grave et succomber par suite de cette pratique inconsidérée ; mais si, malgré ces exemples funestes, on les voit persister obstinément dans cette pratique, c'est parce que, dans quelques cas, ils la voient couronnée d'un succès éclatant : les imprudents ne réfléchissent pas que, dans tous les cas d'inflammation un peu grave, l'enjeu qu'ils risquent pour obtenir une prompte guérison, c'est leur existence! Mais ce que font les hommes du peuple d'une manière inconsidérée dans toutes les inflammations et quelle qu'en soit la gravité, le médecin est souvent obligé de le faire dans certaines inflammations qui, traitées par les antiphlogistiques, traîneraient indéfiniment en longueur. C'est ainsi, par exemple, que dans certaines ophthalmies scrofuleuses, la teinture d'opium appliquée sur l'œil rend d'incontestables services : c'est de la même manière que dans certaines inflammations des tissus osseux, cartilagineux, etc., on est obligé d'avoir recours à l'application de moxas ou de cautères dans le voisinage du mal et l'on donne lieu à un accroissement momentané de l'inflammation sans lequel envain espérait-on faire prendre à la maladie une marche plus favorable.

Est-il nécessaire, après ces considérations rapides, d'insister encore d'avantage sur la nature stimulante de l'eau de Pfeffers? Et quand même l'observation des symptômes qu'elle produit chez l'homme sain eût pu laisser quelque doute sur ce point, peut-il en rester encore actuellement que nous avons analysé ses effets dans les maladies? Et tout à l'heure nous allons revenir sur ces données théoriques pour en tirer des conséquences pratiques; mais examinons, avant d'aller plus loin, s'il est possible, dans l'état actuel de la science, de déterminer quel est le principe qui rend les eaux de Pfeffers stimulantes. Je ne crois pas que la température de l'eau puisse donner lieu à une stimulation bien marquée : en effet, la température du bain étant légèrement inférieure à celle du corps, il devrait y avoir plutôt soustraction de calorique et, par conséquent, diminution d'excitation. Et quand même on voudrait admettre, avec quelques auteurs, qu'un bain qui n'est que légèrement inférieur en température à la chaleur animale, donne lieu à une excitation légère, on serait obligé de chercher une autre explication pour l'excitation que produit cette eau, quand on n'en fait usage qu'à l'intérieur. C'est donc dans sa composition qu'on doit chercher le principe stimulant qui s'introduit par absorption stomacale ou cutanée dans l'organisme. Or, si nous jetons un coup d'œil sur l'analyse chimique que nous avons donnée plus haut, nous n'y trouvons la moindre dose de quelque substance stimulante que ce soit. Mais que ceci ne nous arrête et ne nous décourage pas : demain la chimie y aura peut-être découvert ce que jusqu'à ce jour elle y a cherché vainement. Et que contenaient donc, suivant les chimistes, les eaux si actives de Kreutznach, au commencement de ce siècle et alors que l'iode n'était pas encore découvert? Ce que l'observation démontre ne s'explique pas toujours immédiatement : nous devons donc nous contenter d'avoir établi la nature stimulante des eaux; tôt ou tard nous pouvons espérer que le principe stimulant lui-même nous sera dévoilé.

Mais revenons à l'application de ce que nous avons dit plus haut sur la nature de ces eaux. Nous pouvons déjà établir *à priori* que leur action stimulante les fera rejeter d'une manière absolue dans les véritables pléthores, dans les inflammations franches et bien caractérisées et même dans celles ou l'existence du foyer ne se manifeste que par une réaction générale moins énergique, comme cela s'observe dans les fièvres hectiques, etc.; que, d'autre part, elles pourront être très utiles dans les engorgements lentement inflammatoires et dans les affections connues sous le nom de névroses, parce que là aussi le caractère inflammatoire est peu prononcé et ne se manifeste encore au dehors qu'avec le type rémittent; qu'elles rendront enfin de grands services dans l'asthénie générale telle qu'elle s'observe chez les vieillards, du reste bien portants, et chez les convalescents de maladies de longue durée (1).

Voyons maintenant si l'expérience confirme ces conséquences que la théorie nous a fait tirer des prémisses déduites par l'observation; et laissons parler le judicieux observateur, M. Kaiser, qui, depuis de longues années, dirige cet établissement de bains. Après avoir donné sur l'action des eaux une théorie qui se ressent un peu trop des doctrines du jour, et où il attribue les guérisons à une espèce de filtration par laquelle tout ce qui obstrue les tissus serait entraîné, il résume de la manière suivante le résultat de son expérience : « L'eau de Pfeffers est indiquée dans les maladies du système reproducteur et sensible, là où règne paresse des fonctions organiques ou un accroissement d'excitabilité qui se manifeste par crampes, etc. Elle est formellement contre-indiquée dans presque toutes les maladies du système irritable où l'activité vasculaire est exagérée, comme dans les affections fébriles et hectiques. » — On ne lira peut-être pas sans intérêt, extrait du même ouvrage, un résumé des maladies dans lesquelles les eaux de Pfeffers se sont montrées utiles, et quelques observations que l'auteur rapporte avec plus de détails. C'est, ce me semble, un complément pratique nécessaire aux notions, pour la plupart inductives, que, jusqu'à présent, nous avons cherché à donner sur leurs effets. Parmi les affec-

(1) Les réflexions générales ci-dessus exposées de notre honorable correspondant sont parfaitement exactes. Il est un point cependant sur lequel nous ne pouvons être d'accord avec lui : nous voulons parler de la caractérisation de l'action dynamique de l'eau de Pfeffers. Les phénomènes que cette eau produit n'indiquent pas une action véritablement excitante à nos yeux, et il serait facile de prouver cette opinion par les faits mêmes contenus dans cet intéressant article de M. Gabrini.

tions que les eaux de Pfeffers modifient heureusement, on doit placer en première ligne celles des voies digestives, telles que : lenteurs et difficultés de digestion, acidités d'estomac, vomissements chroniques quand ils ne sont pas symptômatiques de grossesse ou d'une affection carcinomateuse de l'estomac ; crampes d'estomac et surtout celles qui surviennent chez des sujets goutteux ou dartreux ; certains dévoiements ou constipations obstinés, etc.

Je ne m'étendrai pas ici en discussions théoriques ; je préfère en citer brièvement deux observations.

Observation. — A la suite de chagrins prolongés, une dame, âgée de 38 ans, vit graduellement son appétit diminuer ; il survint un sentiment de poids au creux de l'estomac ; de l'abattement général ; l'irritabilité morale devint excessive ; bientôt de l'amaigrissement, de la constipation, amenorrhée ; nausées et vomissements fréquents ; la malade ne pouvait plus digérer ni aliments, ni médicaments ; il s'était même manifesté, dans les derniers temps, quelques mouvements fébriles légers, lorsqu'elle se décida à venir aux eaux de Pfeffers (8 mois après le début de la maladie). Elle y prit tous les jours quelques verres de l'eau thermale et un bain d'une demi-heure : bientôt l'appétit revint, et on la vit, pour ainsi dire, apprendre à manger et à digérer.

Au bout de quatre semaines tous les symptômes morbides avaient disparu et elle quitta l'établissement.

Observation. — M. N., âgé de 40 ans, après avoir souffert alternativement des diarrhées et des constipations rebelles, était tourmenté depuis un an de crampes d'estomac, d'hémorrhoïdes et de goutte erratique lorsqu'il vint, le 30 juillet 1840, aux eaux de Pfeffers ; il était alors dans l'état suivant : région épigastrique douloureuse au toucher, crampes d'estomac, nausées et vomissements fréquents (symptômes qui avaient fait croire à une dégénérescence organique quoiqu'on n'eût jamais senti de tumeur). Au bout de quelques jours de cure, il y eût un très léger amendement dans son état ; mais bientôt il fut remplacé par une aggravation telle des symptômes primitifs qu'on ne parvint qu'avec beaucoup de peine à le persuader de continuer la cure. Il y eut alors de nouveau une très légère amélioration : cependant le malade quitta l'établissement sans espoir d'une guérison complète. Mais il revint en 1841, et raconta que, contre son attente, l'amélioration avait fait de continuels progrès et qu'il se trouvait presque entièrement rétabli. Une seconde cure qu'il fit lui rendit sa pleine santé.

Ce fait offre un exemple frappant de la propriété qu'ont ces eaux de produire d'abord une légère amélioration, puis une crise, et de prolonger leurs effets bienfaisants longtemps après la cessation de la cure. Elles sont utiles dans les affections du système de la veine-porte et dans les engorgements des viscères abdominaux (foie, rate, pancréas, etc.) et même dans les indurations commençantes de ces organes. L'observation qui suit en offre un curieux exemple :

Observation. — Un négociant, âgé de 41 ans, se présenta avec tous les symptômes d'une *plethora abdominalis* sans lésion spéciale d'aucun des viscères ; la mobilité et l'étendue des maux dont il se plaignait était telle qu'il ne lui était pas possible de dire quelle était de la tête, de la poitrine ou de l'abdomen la partie la plus affectée. A la moindre application, il éprouvait des étourdissements ; il était tourmenté par des céphalalgies, des évanouissements souvent répétés, palpitations, manque d'appétit ; mais s'il ne mangeait pas il sentait ses facultés intellectuelles comme appesanties : depuis quelque temps, à ces symptômes s'était joint de la constipation et des vomissements fréquents. On prescrivit beaucoup de mouvement, l'eau thermale le matin, froide dans la journée, tous les deux jours un bain d'un quart-d'heure. Au bout de huit jours, des sueurs abondantes se montrèrent pendant ses promenades. Dans la seconde moitié de son séjour, il prit tous les jours une bouteille d'eau de Taraspe qu'il continua chez lui ; il écrivit, au bout de quelques mois, que depuis dix ans, jamais il ne s'était si bien porté.

Parmi les névroses, celles qui se trouvent le mieux des eaux sont l'hypochondrie et l'hystérie, dont on trouve à Pfeffers toutes les variétés ; l'exaltation d'excitabilité ; les crampes de toute espèce ; les étourdissements nerveux, etc. On a enfin des exemples de guérisons de véritables hypochondries, ce qui est d'autant plus surprenant, ainsi que le fait très bien observer Hufeland, qu'un bain situé dans une fente de rochers où le soleil n'arrive que pendant quatre ou cinq heures par jour n'offre, certes, aucune des conditions d'aménité si favorable à la guérison de ces maladies. — Je ne m'arrêterai pas à citer des exemples de névroses afin de me réserver l'espace pour une observation de rhumatisme chronique qui me semble assez intéressante.

Observation. — Une pauvre femme, qui nourrissait sa famille par les travaux les plus rudes et surtout celui de blanchisseuse, fut prise, dans l'hiver de 1839-40, d'un rhumatisme aigu qui dura huit semaines, et qui laissa après lui des contractures telles dans les poignets qu'à peine pouvait-elle se servir de ses mains pour manger. Un traitement de quatre semaines consistant en un bain d'une heure tous les matins et de demi heure le soir, et quelques douches, la rétablirent au point qu'il ne lui resta plus qu'un peu de faiblesse qui ne l'a pas empêchée de reprendre ses rudes travaux.

Enfin ces eaux ont été employées quelquefois en bains longtemps prolongés pour combattre des affections cutanées ; mais la pratique des bains prolongés est presque entièrement abandonnée dans l'établissement, et les affections cutanées rebelles trouveront d'ailleurs d'autres thermes plus efficaces.

Dans l'apparition tardive des règles, la dysmenorrhée et certains engorgements de la matrice qui en sont le plus souvent la cause, dans les hémorrhoïdes vésicales, dans les engorgements du rein, ces eaux rendent souvent de bons services. Et, à ce propos, on peut lire, dans l'ouvrage de M. Kaiser, un cas de diabète qui guérit par un traitement de 19 jours. On a employé, dans quelques cas, les douches et même les boues contre des paralysies résultantes d'apoplexie : mais il faut, dans ces cas, agir avec beaucoup de prudence et s'en abstenir absolument toutes les fois qu'il ne se serait pas encore écoulé un certain temps depuis l'apoplexie, et qu'il y aurait menace de nouvelles congestions.

Mode d'administration.—Disons, en terminant, deux mots de la manière ordinaire de conduire la cure ; il va sans dire que ces règles générales n'ont rien d'ab-

solu et que le médecin de l'établissement les modifie suivant les indications spéciales.—La saison des bains commence à la fin de mai et dure jusqu'à la fin de septembre. Les malades commencent, en général, la cure par deux à quatre verres qu'ils prennent le matin vers cinq à six heures, en se promenant. On augmente tous les jours la dose jusqu'à huit ou douze verres; rarement va-t-on jusqu'à quinze et au delà. Dans les affections abdominales, on y joint l'usage de lavements de même nature. — Tous les jours les malades prennent un bain d'une heure, après lequel ils se couchent généralement pendant un quart-d'heure. Les bains se prennent dans de grands bassins où l'eau arrive par une bouche toujours béante, ce qui, d'une part, les maintient à une température constante, et place, d'autre part, le malade dans un véritable courant d'eau chaude. Cette température constante des bains est de 28 à 29° R. (35 à 36° c.) à Pfeffers, et de 27 à 28° R. (34 à 35° c.) à Ragaz. La vapeur qui s'élève du bain maintient l'ambient de la chambre à 24° R. (30° c.), fait qu'on a quelquefois utilisé pour donner des bains de vapeur qui n'ont à la vérité pas la température ordinaire de ces bains, mais qui n'en sont pas moins utiles dans certains cas. Dans les engorgements chroniques, on joint à l'usage des bains celui des douches. Enfin, dans quelques cas très rares, on fait usage de boues; mais soit à cause de leur peu d'abondance, ou peut-être plutôt à cause de leur efficacité très problématique, elles sont peu employées dans l'établissement. Comme nous l'avons déjà dit, l'usage des bains prolongés, pour obtenir ce qu'on appelle la *poussée*, est complétement abandonné. Alors qu'on en faisait encore usage, les malades passaient sept à huit heures par jour dans le bain, et étaient obligés, en sortant de là, d'aller se coucher, ce qui rendait la cure extrêmement fastidieuse. On favorise l'action de l'eau par une diète modérée.

Généralement la cure dure deux ou trois, rarement quatre semaines. Elle doit être surveillée attentivement par un médecin judicieux, afin de prévenir les inconvénients que son mode d'action rendrait fréquents, si on ne le faisait pas convenablement. Pour nous résumer, nous avons vu, dans un historique succint, que l'eau de Pfeffers rend, depuis des siècles déjà, des services précieux à l'humanité souffrante, et que sans le témoignage des auteurs, on trouverait une preuve incontestable de son activité dans l'affluence des malades au milieu de rochers impraticables; nous avons vu que la chimie n'a probablement pas encore dit son dernier mot sur la composition de ces eaux, et par conséquent nous avons dû en étudier expérimentalement le mode d'agir; cette étude nous a révélé en elles une action stimulante; de là nous avons tiré la conséquence que la pratique est venue plus tard confirmer, que les eaux de Pfeffers étaient indiquées dans le cas de faiblesse vieillards, convalescents); qu'elles étaient contrindiquées dans toutes les maladies fébriles; mais qu'elle devait rendre de bons services dans certaines affections sub-inflammatoires qui ne réveillent pas de réaction générale. J'ai terminé enfin par deux mots sur la manière dont se fait la cure dans l'établissement.

Maintenant, M. le rédacteur, je vous livre ce travail, non que je lui reconnaisse une très grande valeur, mais uniquement pour tenir ma parole et pour attirer l'attention des praticiens sur cette therme qui est, je crois, importante à connaître.

Agréez, etc., A. Gabrini, D.-M.

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

Eaux et plantes iodées. — M. le professeur Cantu, de Turin, vient de faire une découverte extrêmement remarquable relativement aux substances qui contiennent naturellement de l'iode. On sait que cet habile chimiste a, le premier, en 1823, découvert l'iode dans plusieurs eaux minérales, sulfureuses, du Piémont; que, plus tard, il a constaté la présence du brome dans tous les corps inorganiques qui contenaient de l'iode ou du chlore, et que ces corps se trouvaient toujours en combinaison avec le sodium ou le potassium. Dès lors, M. Cantu s'est demandé si la coexistence des trois halogènes ne se rencontrerait pas pareillement dans le règne organique. C'est à la solution de ce problème qu'il s'est appliqué, et il croit aujourd'hui être parvenu à une solution affirmative. Il résulte d'une communication que l'auteur vient de faire à l'Académie des sciences de Turin (séance du 13 fév.), que l'on rencontre l'iode et le brome à l'état d'iodure et de bromure, non seulement dans les êtres organiques qui vivent dans la mer et dans ses voisinages, mais encore dans ceux qui vivent dans les eaux douces, soit stagnantes, soit courantes, de l'intérieur du Continent. C'est ainsi, par exemple, qu'il a surpris les deux corps en question dans les tourbes de son pays, et en des proportions si considérables à faire espérer une exploitation industrielle d'une grande importance. Il les a trouvées également en union des chlorures dans certains produits usuels où on n'en avait pas soupçonné la présence, comme dans la potasse et dans la soude du commerce, et dans les alcalis préparés à l'alcool pour servir aux réactions chimiques, et aussi dans le tartrate alcalin des pharmacies, dans le chlorure de calcium, etc., employés dans les arts. M. Cantu a ajouté à la fin de sa communication, qu'en calcinant des plantes azotées, il avait obtenu des sulfo-cianures. — La découverte de M. Cantu serait réellement importante pour la matière médicale, si des recherches plus directes sur diverses plantes aquatiques continentales confirmaient la présence des iodures et des bromures. On comprend, en attendant, l'utilité des bains potassiques dans des maladies où l'on cherche spécialement l'action de l'iode, etc. (Bollettino della soc. med.-chir. de Torino). — Dans une seconde publication qui nous arrive de Turin sur cette importante question, nous trouvons les remarques suivantes : 1° Que le chlore, le brome et l'iode se rencontrent dans un très grand nombre de corps du règne organique (végétaux et animaux), ce qui ouvre à la matière médicale un nouveau champ à exploiter en faveur de la thérapeutique; 2° que la grande similitude que ces trois principes offrent entre eux, et leur co-existence ont fait présumer à M. Cantu que le brome et l'iode ne sont que du chlore modifié dans sa composition atomique, ou du moins que le brome et l'iode seraient deux corps composés qui auraient pour base élémentaire le chlore. C'est à la solution de cette question que

l'auteur dirige en ce moment ses nouvelles recherches; 3° qu'en cas d'empoisonnement présumé par l'iode ou par le brome, le chimiste expert doit désormais tenir compte de la présence normale de ces deux produits dans une foule de corps organiques, et ne pas confondre par conséquent l'élément toxique avec l'élément naturel. On voit par là que les expertises de ce genre seront dès aujourd'hui extrêmement délicates et difficiles; 4° que l'analyse de beaucoup de corps qui contiennent du chlore est à refaire, au point de vue de la présence de l'iode et du brome (Gazetta piemontese, 20 mars).

Des eaux d'Ischl. — Parmi les sources d'eaux minérales d'Allemagne qui servent tous les ans de rendez-vous aux diplomates de différents pays, celles d'Ischl (près Salzburg) sont fréquemment choisies. Cette préférence tient peut-être moins à la bonté particulière des eaux qu'au facile abord du pays et à l'aisance du séjour. Toujours est-il que les eaux d'Ischl sont très renommées dans l'hydrologie médicale, et pourtant on en chercherait en vain une bonne description dans nos livres classiques sur la matière. Les monographies abondent cependant sur ces eaux en langues étrangères; nous en avons plusieurs devant nous. Les eaux d'Ischl sont froides, de la famille des salines. Chaque pinte de ces eaux donne, à l'analyse, une quantité prodigieuse de sels; on compte plus de dix grammes de chlorure de sodium (223 grains) par pinte, et des proportions diverses de composés sulfuro-magnésiques. C'est déjà dire que cette eau est purgative et iodée, et se rapproche assez, par sa composition, de l'eau de mer. Aussi l'administre-t-on en bain et en boisson, avec grand avantage, contre les affections scrofuleuses, les hypertrophies viscérales chroniques, les maladies des os, etc. La France est riche en eaux de ce genre; mais, il faut en convenir, elle n'en possède pas d'aussi chargées de sel marin, si ce n'est en Algérie. Ces eaux cependant sont très communes en Angleterre. Il existe à côté de la source saline d'Ischl une mine de sel gemme en exploitation, et qu'on visite avec intérêt. Cette circonstance, jointe à la condition athermale de l'eau, fait déjà pressentir qu'il s'agit d'une source peu profonde, susceptible d'être influencée par les pluies, comme les sources de Sedlitz et de Pullna. L'une des fontaines d'Ischl contient en même temps du gaz sulfhydrique; mais c'est là, comme on le conçoit, une sulfuration accidentelle sans importance, analogue à celle des eaux d'Enghien.

Bains chez les anciens. — « Il ne faut pas s'imaginer que les anciens fondateurs des villes et leurs législateurs aient fait élever, avec tant de frais et de magnificence, les bains publics dans les villes et les bourgs pour le luxe seulement et la délicatesse de ces femmes et de ces hommes oiseux qui portent partout leur suffisance, mais aussi pour l'avantage des artisans, afin que ces hommes respectables pussent, à très peu de frais, remédier à leur malpropreté habituelle, et en même temps refaire leurs corps des lassitudes qu'ils ont éprouvées dans leur ouvrage. Aussi l'on doit bien en vouloir à ceux qui ont diffamé un usage si utile. Les crimes impurs et multipliés qui ont été commis dans ces lieux de pureté ont armé contre eux la religion chrétienne, qui en a interdit l'usage. » (Ramazzini, Mal. des artisans.)

Prétendues maladies du sang. — « Depuis l'introduction des raisonnements chimiques, les médecins ont cru, en général, que la cause des maladies dépendait de l'état des fluides, et que les remèdes agissaient particulièrement en changeant cet état : cette théorie influe encore beaucoup sur la doctrine répandue dans les traités de matière médicale. Je la crois néanmoins absolument inadmissible, tant que l'on fera aussi peu d'attention que l'on en fait jusqu'ici à l'état des puissances motrices, et aux différents moyens capables de le changer. » (Cullen, Mat. méd.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Considérations cliniques sur l'aortite aigue, *lues devant la société de médecine de Guy's hospital; par M. le docteur Norman Chevers* (v. dernier n°).

On a discuté la question de savoir si les diverses nuances de rouge que présente la membrane interne des artères doivent être considérées comme des résultats d'un état morbide, ou bien comme de simples produits d'imbibition sanguine après la mort. Bien que l'observation nous empêche de douter qu'un degré de coloration puisse se produire dans ces tissus pendant la décomposition, ainsi qu'on peut le vérifier chaque jour dans les amphithéâtres de dissections où l'on laisse des cœurs et de gros vaisseaux pendant plusieurs jours macérer, se putréfier dans du sang et dans d'autres liquides thoraciques, nous devons rechercher si le travail d'imbibition peut s'effectuer en peu d'heures après la mort, et jusqu'à quel degré le phénomène peut être accéléré ou retardé par diverses conditions de la membrane interne du vaisseau, avant la décomposition de l'individu. Dans le but de résoudre ces questions, j'ai placé quatre portions d'aorte, de différents sujets, dans du sang récemment tiré (dont j'ai rompu le caillot pour le mêler au sérum), et je les ai laissées macérer pendant 24 heures, temps ordinaire qu'on laisse écouler depuis le moment de la mort jusqu'à l'autopsie. Lorsqu'elles ont été ôtées du sang, j'ai trouvé : 1° qu'une portion pâle d'une aorte récente, n'avait subi aucun changement; 2° qu'une seconde portion qui, lorsque je l'avais extraite du cadavre, était légèrement couverte de nombreuses plaques et stries rouges, s'est trouvée avoir perdu sa teinte rouge par le fait de la macération : sa couleur était devenue noirâtre, ou d'un brun chocolat, et les intervalles de ces taches étaient restés clairs; 3° qu'une autre portion d'aorte, dont plusieurs points de la membrane interne avaient été rouges et étaient devenus noirs par la putréfaction, était à peine changée; 4° que telles étaient les conditions d'une autre portion d'aorte dont la membrane interne avait présenté des taches colorées, d'origine probablement inflammatoire. Ces expériences ont été faites pendant l'hiver. — Les artères ont été ensuite replacées dans du sang pendant 24 heures encore. A l'examen nous avons trouvé : 1° que tous les tissus des artères saines étaient tachés d'une coloration matte de chair fraîche; 2° que la surface du vaisseau plaqué présente généralement une teinte plus noire, mais les taches noirâtres étaient moins prononcées; 3° que le vaisseau en voie de décomposition était partout également d'une couleur très sale; 4° que l'aorte enflammée avait été peu changée si ce n'est que ses taches rouges étaient devenues noires et que le reste de son intérieur avait perdu son poli.

De ces expériences j'ai cru pouvoir conclure : 1° que, pendant la température froide de l'atmosphère, les taches d'imbibition ne se produisent point dans les

artères passablement saines, jusqu'à l'époque ordinaire de l'autopsie. Il est certain cependant que, dans une atmosphère chaude et humide, les artères se colorent par taches, en peu d'heures après la mort, ce qui est dû à la dissolution des caillots qu'elles renferment et au ramollissement de leurs membranes par la marche rapide de la putréfaction; 2° que les taches très différentes de celles qui se produisent pendant la vie, résultent de l'imbibition du sang, à l'instar de celles qu'on rencontre ordinairement dans l'aorte. Il est cependant certaines conditions de l'organisme qui, indépendamment de l'inflammation, paraissent prédisposer la membrane interne des artères à se tacher en rouge après la mort. C'est ainsi, par exemple, que la rougeur uniforme qu'on rencontre dans les cas mortels de la plus mauvise espèce d'érysipèle, de purpura, etc., dépend probablement d'une perte de cohésion des tissus des vaisseaux avant la mort, et d'un manque de pouvoir de coagulation du sang après; 3° qu'une coloration produite par un travail inflammatoire ne change que fort peu après la mort par la longue application du fluide sanguin sur la membrane interne.

La rougeur la plus ordinaire qu'on rencontre dans la membrane interne de l'aorte, chez les sujets morts de maladie aigue, soit locale, soit constitutionnelle, doit être attribuée à un travail inflammatoire dans sa période de début. Telles sont, par exemple, les taches de couleur œillet, luisantes, sans altération manifeste dans le tissu de la membrane. Dans une période plus avancée, la membrane interne prend une coloration cramoisi profonde, laquelle devient pourpre dans quelques endroits, par l'addition d'une tache noire après la mort; elle peut être aussi épaissie ou présenter une apparence matte, presque villeuse; mais cela n'est pas fréquent. Sa ténacité a souvent diminué, la plus légère pression suffit pour la détacher des tissus sous-jacents; elle est souvent soulevée, dans beaucoup de points, par des masses solides de lymphe déposées dans le tisssu laminé sous-séreux. M. Bizot, de Genève, dans son essaie sur l'artérite, inséré dans les Mémoires de la société méd. d'Obs., et dans la *Cyclopedia of surgery*, art. Artérite, p. 383, décrit cette forme de dépôt; mais il se trompe quand il suppose que cette matière émane de la face profonde de la menbrane interne. Je me suis assuré qu'elle se rencontre invariablement entre les couches du tissu sous-séreux. Ces masses sont séparées généralement de la menbrane interne et paraissent, avant de les couper, comme des vésicules rouges, formées derrière elle. Je pense que, tant que ces masses retiennent leur transparence et leur teinte florissante, on est autorisé à établir qu'une aortite a préexisté, car peu de temps après la formation de ces dépôts, il commence à se former à leur centre un léger nuage blanc, opaque, lequel devient de plus en plus profond et s'étend en largeur; leur forme affecte alors une sorte de rugosité presque cartilagineuse et subit lentement avec le temps le changement athéromateux ou osseux. Des dépôts de lymphe, différents de ceux-ci pour la couleur seulement, se rencontrent aussi assez fréquemment, sans rougeur de la membrane interne, dans l'aorte d'individus dont les vaisseaux ont été sujets à des distentions irrégulières; l'aortite aigue en est alors la conséquence presqu'inévitable. Quelquefois ces dépôts sont gros et bombent plus ou moins; il en résulte à la longue des changements dans leur structure, et par suite dans différents points du même vaisseau. Les dépôts récents sont presque transparents, de couleur paille ou ambre très claire; tandis que les plaques anciennes, ou elles sont opaques à leur centre, ou elles sont généralement d'un blanc mat et d'une densité presque cartilagineuse. M. Bizot a donné une description bien claire des caractères de ces dépôts. Nos observations respectives cependant diffèrent sur deux points bien essentiels. Premièrement, M. Bizot pense que la matière est déposée à la surface libre de la membrane interne. J'ai prouvé que c'était une erreur (Guy's hosp. rep. t. V. p. 40), par les raisons suivantes : d'abord, parce qu'elle persiste longtemps, ainsi qu'on peut s'en assurer par les différents degrés d'opacité qu'elle présente, et parce que sa surface est toujours complétement libre de tout dépôt de coagulum et offre un poli parfaitement semblable à celui du reste de la membrane interne du vaisseau; tandis que les fausses membranes formées par de la lymphe coagulable et par des couches de fibrine du sang à la face interne, ne présentent jamais une surface aussi polie, et elles ont une grande tendance à attirer des dépôts du sang par leur surface rugueuse, laquelle oppose un certain obstacle au courant sanguin dès le début de leur formation. M. Bizot s'est trompé sur la situation véritable de ces masses, faute d'un examen minutieux de l'anatomie fine de l'aorte. La membrane interne de l'aorte est tellement délicate, tellement fine, qu'aucune dissection ne peut la séparer nettement des tissus sous-jacents, à moins d'emporter en même temps avec elle une couche de tissu fibreux sous-séreux sur lequel elle est étalée. Je crois avoir prouvé dans mon premier travail que ce tissu est formé de plusieurs couches distinctes qu'on peut séparer par la dissection sur des aortes résistantes et volumineuses. Entre ces couches, les dépôts de matière occasionnés par l'inflammation deviennent athéromateux, osseux, à la longue, et j'ai pu m'assurer que ces masses, qui sont d'abord transparentes, puis semi-opaques, adhérent fortement ensemble et conglutinent ainsi les couches fibreuses. Ensuite, je diffère de l'opinion de M. Bizot en ce qu'il dit que : « ces lames cartilagineuses ne deviennent jamais osseuses, et si une telle transformation a lieu quelquefois, on peut déterminer sûrement les périodes de la transition ; » tandis que j'ai prouvé précisément le contraire. J'ai effectivement souvent rencontré des concrétions osseuses dans la substance des dépôts cartilagineux, tant en contact de la membrane interne que dans les couches profondes des parois du vaisseau, aussi bien que des dépôts opaques, sans ma-

tière calcaire. Et d'autre part, j'ai trouvé des lames osseuses distinctes aux centres des bosses opaques, saillantes à la surface interne du vaisseau, couvertes par la séreuse encore transparente, avec une même couche de tissu sous-séreux.

Dans un grand nombre d'autopsies que j'ai faites, j'ai porté mon attention sur ce sujet, et j'ai trouvé une rougeur partielle à la membrane interne de l'aorte. En remontant de l'autopsie aux symptomes que les sujets avaient présentés durant la vie, on ne pouvait, au premier abord, la rapporter à une origine inflammatoire; cependant on ne pouvait non plus l'attribuer à l'imbibition par le contact du sang ou par la gravitation du fluide dans les *vasa-vasorum* après la mort, par la raison que, d'une part, chez deux cadavres examinés aux mêmes heures après le décès, l'aorte de chacun contenait du sang fluide et pourtant les parois de l'une d'elles étaient parfaitement incolores à leur intérieur; tandis que la membrane interne de l'autre était plus ou moins rouge par plaques rondes ou par stries. Ajoutons que ces plaques ne se rencontrent que dans certaines parties du vaisseau, le cadavre étant resté couché sur le dos; souvent j'ai rencontré toute la face interne de la paroi antérieure profondément tachée; tandis que celle d'où naissent les intercostales étaient parfaitement blanches et sans taches, et bien que tous les points de la membrane interne aient été également couverts de sang; néanmoins plusieurs parties sont restées entièrement libres d'une coloration quelconque. Je n'ai pu autrement rendre compte de ce genre de rougeur qu'en supposant que, durant la vie, la surface interne de l'aorte est de couleur œillet, analogue à celle des membranes séreuses. Au moment de la mort, l'aorte se contracte et perd sa forme cylindrique, elle devient plate, ses surfaces opposées se mettent pendant quelque temps en contact; pendant cette contraction les capillaires de la membrane interne se vident par le fait même de cette contraction; leurs liquides passent dans les *vasa-vasorum* externes, et la face interne devient blanche. L'on comprend alors que si par une circonstance quelconque, à l'époque des derniers moments de la vie, comme par une action plus prononcée sur un point que sur un autre des nerfs de la vie organique, un point de l'aorte ne se contracte pas, ne s'affaisse pas, le sang des capillaires n'est point chassé, et la membrane interne reste rouge jusqu'après la mort, tandis que le reste a subi le changement que nous venons de signaler.

Causes de l'aortite. — J'ai déjà mentionné plusieurs des conditions prédisposantes propres au développement de l'inflammation de l'aorte. Comme les maladies qui constituent ces conditions dépendent presque constamment de quelques états morbides qui restent latants dans l'économie et qui n'ont besoin que d'une simple impulsion, quelquefois insignifiante, pour les mettre en action, je me contenterai d'indiquer seulement, par quelques traits, le tableau général de ces états de la constituion qui précèdent ou suivent ces conditions. Sans parler des causes qui agissent directement sur l'aorte pour produire l'inflammation, telles que les actions mécaniques ou chimiques, on peut établir en principe (avec peu d'exceptions) que l'inflammation de grosses artères, et nous pouvons ajouter aussi de l'endocarde, se produit soit conjointement avec la même lésion dans d'autres membranes douées de fonctions analogues, soit dans des conditions telles de la constitution qui rendent toutes les cavités séreuses particulièrement sujettes à des affections inflammatoires du genre de celles qui se répandent promptement dans de grandes régions. Il semblerait au premier aspect que toute maladie active de la membrane interne des cavités du cœur devrait se propager promptement sur la membrane continue des vaisseaux, et *vice-versa*, quand l'inflammation affecte le dernier tissu, le cœur participe à son tour à la même lésion. Quelques faits cependant rapportés par Bouillaud et d'autres, prouvent que tandis que les cavités du cœur présentent des traces évidentes d'inflammation récente, l'aorte est parfaitement saine, et j'ai même eu plusieurs fois l'occasion d'observer des cas d'artérite intense, sans que le cœur offrît le moindre signe d'altération. Néanmoins, il n'est pas du tout rare de rencontrer les deux parties également affectées, surtout dans certaines fièvres continues, comme dans celle qui a régné à Londres en 1837-38, et les symptômes durant la vie prouvent généralement, que soit que le cœur ou ses appendices supportent le fort de la maladie, tout le système circulatoire sympathise très activement avec le désordre local. Je n'ignore pas que tout changement organique dans les ventricules ou dans les valvules peut produire subitement une aortite assez intense pour être reconnue par des symptômes distincts durant la vie; mais il n'est pas rare de rencontrer une dilatation extrême du ventricule gauche par maladie chronique des valvules sygmoïdes, ou bien encore une hypertrophie concentrique de la même cavité, accompagnée de rougeur inflammatoire de quelques points de l'aorte, avec épanchement de lymphe plastique récente dans des taches rougeâtres ou couleur paille derrière la membrane interne.

L'aortite n'est pas rare à la suite de phlébites. Chez des sujets cachectiques où les grosses veines des membres se sont subitement enflammées, soit spontanément, soit à la suite de blessures, ou par un rhumatisme, et plus souvent encore par suite de phlogoses des sinus utérins après l'accouchement, chez les sujets de constitution faible, irritable, tous les gros troncs veineux communiquant ensemble et la veine-cave elle-même s'affectant à son tour, le mal se propage rapidement vers le cœur; et dans ces cas non seulement les cavités droites du cœur présentent les restes des plus mauvaises formes du travail phlogistique, mais encore l'artère pulmonaire et les veines de ce nom se trouvent affectées à leur tour. Bouillaud rapporte un exemple de ce cas, dans lequel la phlébite s'étendait au côté droit du cœur et delà à l'artère

pulmonaire, l'aorte a présenté elle-même des traces d'inflammation récente, tandis que la membrane interne gauche du cœur était pâle et n'offrait aucune trace de maladie. Les affections aigues rhumatismales des grandes articulations ont été depuis longtemps considérées comme coïncidant avec un travail inflammatoire de la membrane interne du cœur, mais je n'ignore pas que des cas ont été rapportés dans lesquels une forme sthénique de rhumatisme a produit plus rapidement des inflammations mortelles dans le cœur ou dans les gros vaisseaux. Dans ces cas cependant l'endocarde affecte une disposition à subir des changements de forme sub-aigue, d'une gravité plus ou moins considérable. Pendant le progrès de cette maladie, les artères, si elles étaient affectées d'une manière aigue, ont le temps de revenir à peu près à leur état normal. Mais l'inflammation artérielle de la plus mauvaise espèce se déclare pendant l'attaque d'un rhumatisme aigu dans les synoviales, et que le docteur Stokes a appelé *arthrite purulente*, affection caractérisée par un épanchement de pus dans une ou plusieurs des grandes articulations, par l'ulcération de la synoviale et par la prompte destruction des cartilages articulaires. Chez ces individus, on a constamment trouvé le système artériel affecté au plus haut degré de maladie inflammatoire. Dans ces cas toute lésion locale, tout choc violent de la constitution peut probablement occasionner la maladie articulaire; mais l'artérite inflammatoire se présente en première ligne, préférablement à toute cause spécifique. La question de savoir jusqu'à quel point l'inflammation de divers tissus et celle des artères en particulier, qui se succèdent l'une à l'autre dans les diverses constitutions cachectiques, se rattachent à la circulation de matière purulente ou âcre dans le sang, est loin d'être décidée jusqu'à ce jour.

Quand nous trouvons que la maladie active de l'aorte et de ses branches s'accompagne souvent de la même lésion dans les poumons, dans les plèvres et dans le péricarde, il est difficile de s'empêcher de croire que ce mal ne dépend pas de la propagation directe du travail morbide d'organe à organe. Cela suppose cependant deux conditions, savoir : 1° que l'inflammation affecte une forme transmissible d'un tissu à un autre, distinct par les fonctions, et plus ou moins éloigné; 2° que les tissus des surfaces attaqués primitivement et ceux attaqués consécutivement offrent des traces évidentes de l'inflammation qu'ils ont transmise. Cependant, dans la majorité des cas, ces conditions ne se rencontrent pas. Il existe dans notre métropole un grand nombre d'individus, de constitution faible, cachectique, rendue irritable par les privations excessives, par l'action constante des vicissitudes atmosphériques auxquelles ils sont exposés, par habitudes d'intempérance, par l'infection syphilitique et l'abus du mercure, etc.; ces individus continuent souvent pendant longtemps leurs occupations habituelles sans souffrir beaucoup ; mais à peine viennent-ils à être blessés, contusionnés, piqués, écorchés ou à subir une opération chirurgicale quelconque, à perdre subitement du sang ou à être privés de leur quantité ordinaire de stimulants, à éprouver en un mot une secousse quelconque qui dérange les fonctions circulatoires ou élémentaires de leurs organes, qu'ils sont affectés aisément d'inflammation aigue formidable dans telle ou telle cavité séreuse. Le docteur Addison a observé que les blessures et les opérations qu'on pratique aux parties génitales ou autour du bassin chez ces sortes de sujets étaient souvent suivies de péritonite ou de pleurite. Il n'est pas une seule membrane destinée à la sécrétion des fluides albumineux qui paraît exempte de la disposition à se laisser impliquer dans l'affection. Les enveloppes du cœur et ses vaisseaux sont elles-mêmes dans ces occurences sujettes à être affectées comme les séreuses, et c'est aussi chez cette classe d'individus que nous rencontrons les forme les plus intenses de l'endocardite et de l'aortite. Chez eux l'inflammation aigue se déclare avec une égale intensité, et souvent consensuellement dans des cavités très éloignées entre elles. Dans un cas que j'ai observé, par exemple, plusieurs articulations, l'arachnoïde et les cellules aérifères des poumons se sont trouvées à la fois affectées; dans un autre, le péritoine et l'aorte thoracique ont présenté les restes d'une altération des plus frappantes. Chez ces sortes de sujets, on rencontre presque toutours les viscères les plus importants déjà atteints d'une altération morbide lente, le foie est souvent gros, gorgé de sang ou dans un état extrême de contraction inextricable, et, dans l'un et l'autre cas, sécrétant mal; la rate, également altérée ainsi que ses appendices; enfin, les reins ou ils sont congestionnés, ou ramollis, ou granuleux, et dans tous ces cas ils ont sécrété de l'urine albumineuse. Ce sont là autant de faits qui se rattachent à l'étiologie de l'aortite et à ses complications, ou à ses inflammations concomitantes. L'espace me manque pour développer davantage ce point de pathologie ; mais je puis poser comme un fait général que, dans presque tous les cas, l'artérite aiguë se rencontre chez tous les sujets d'un tempérament maladif dont je viens de parler, en union d'un travail inflammatoire dans les tissus analogues à celui de la membrane interne des artères, ou qui exercent des fonctions de même espèce, le mal se transmettant de l'un de ces tissus à l'autre spontanément, sous l'influence d'une irritation générale qui agit comme une cause directe.

Symptômes. L'inflammation aiguë de la partie supérieure de l'aorte est si fréquemment compliquée d'autres affections de la poitrine, que, dans beaucoup de cas, le diagnostic précis est presque impossible ; et bien que les auteurs lui aient assigné différents symptômes comme pathognomoniques, aucun de ces symptômes, pris isolément, ne saurait autoriser sûrement l'existence de la maladie. Ainsi, par exemple, on a dit que, quand l'orifice de l'aorte était enflammé d'une manière aiguë, on entendait un bruit synchronique avec les contractions du ventricule, par suite de l'obs-

tacle que le sang éprouve dans son passage : cependant un bruit pareil s'observe dans l'anémie subite ; et bien que dans cette condition l'aortite puisse se surajouter, on comprend combien il serait dangereux de la traiter comme une véritable inflammation. D'un autre côté, on a noté également une grande augmentation dans les pulsations de toute l'étendue de l'aorte, avec des battements aigus, forts, au poignet ; mais, quoi qu'il soit vrai de dire qu'au début de la maladie l'action du cœur est sans doute augmentée en intensité et en fréquence, néanmoins je me suis assuré que ce caractère manque souvent, et il peut d'ailleurs cesser d'exister à mesure que le mal marche de bas en haut et que la force vitale decroît. Les douleurs intenses, déchirantes et la constriction aux régions précordiales, avec disposition à la syncope et menace d'une mort immédiate, et avec les autres symptômes qui caractérisent l'angine de poitrine, ont été assignés à l'aortite aiguë par plusieurs auteurs, en particulier par le docteur Corrigan ; et tandis que leur existence isolée est jugée généralement comme moins importante, ou du moins comme l'effet d'un léger trouble de la circulation, lorsqu'ils se présentent au contraire en union d'une pleurésie ou d'une péricardite intenses on peut les considérer comme des signes évidents d'artérite aiguë.

Le tableau général des symptômes propres à l'aortite est le suivant, d'après les faits que j'ai recueillis moi-même. Un individu, de constitution cachectique, sujet peut-être à des hémorrhagies passives, est subitement saisi d'inflammation thoracique aiguë, avec prostration générale, plus ou moins prononcée; son pouls est petit, exigu, à peine accéléré, sa respiration un peu précipitée et oppressée. Ces symptômes sont précédés de frissons, comme dans une attaque de fièvre inflammatoire aiguë, avec malaise général, puis d'irritabilité extrême. Des douleurs déchirantes, intenses, se déclarent de temps en temps dans les régions précordiale et abdominale, et le long de l'épine; symptôme important, car la pleurésie et la péricardite, qui compliquent ordinairement l'aortite, s'accompagnent très rarement de douleurs continues. Il y a de la tendance à la syncope, alternant avec l'agitation ; grande chaleur à la peau ; les lèvres et les bords de la langue sont d'un rouge vif ; soif inextinguible, pouls donnant une sensation de frémissement à la main qu'on applique à la région précordiale. Quelque temps après, ces symptômes sont suivis de collapsus ; il y a prostration extrême; les traits de la physionomie sont affaissés et aiguisés (sharpened), ou bien ils sont bouffis et livides; surface du corps froide et décolorée; pouls rapide et indistinct, respiration difficile jusqu'à l'orthopnée, ou bien stertoreuse ; le patient tombe alors dans le coma par l'effet d'un épanchement séreux à la base et dans les cavités du cerveau; les extrémités se gonflent, leurs veines superficielles se montrent à travers la peau comme des lignes brunes d'apparence ecchymosique ; enfin la respiration n'est exécutée que par de soupirs subits, à de longs intervalles, et le patient succombe avec tous les symptômes d'une personne qui a absorbé un poison animal.

Tels sont les symptômes qui caractérisent la forme-type de la maladie; mais dans la majorité des cas, très peu d'entre eux se rencontrent. Ainsi, par exemple, un malade qui succombe aux suites d'un érysipèle, d'une suppuration étendue, de la phthisie, ou bien encore par l'irritation causée par une opération chirurgicale, peut être affecté d'une inflammation aortique considérable, et pourtant ne présenter que peu de symptômes ajoutés à sa condition de prostration, de trouble constitutionnel, si ce n'est un peu de dyspnée, avec un certain degré d'irritabilité et d'agitation, plusieurs des formes des maladies de l'aorte étant tout à fait ataxiques. Le docteur Bright cependant mentionne un signe important qu'il a observé dans trois cas d'aortite, savoir : une sensibilité morbide tellement intense dans toutes les parties du corps, qu'une simple pression au poignet fait jeter les hauts cris. Cette maladie peut se déclarer dans la dernière période de la fièvre typhoïde, alors que les seuls symptômes saillants sont : une prostration extrême, de la dyspnée, de faibles accès de toux avec engorgement à la face, et un pouls faible et fréquent. Cependant l'inflammation thoracique considérable qui complique souvent l'aortite peut se terminer par la mort, sans offrir (si ce n'est aux yeux d'un praticien très exercé) de signes bien marqués de leur existence. Il arrive souvent que des enfants affectés de coqueluche sont soudainement saisis d'inflammation pulmonaire ou aortique, et des traces d'aortite sont rencontrées sur les cadavres de ceux qui succombent avec des exhanthèmes aigus, surtout de ceux chez lesquels l'éruption s'était supprimée. Il est probable que, dans la plupart de ces cas, on avait affaire à de mauvaises constitutions; encore ici l'aortite ne se déclare que rarement avec la symptomologie-type que nous venons de tracer, par la raison que le mal ne se manifeste que dans la dernière période des maladies d'apparence asthénique.

Traitement. Si je ne me suis pas trompé en avançant que l'inflammation de la membrane interne du système artériel est presque invariablement accompagnée d'un défaut d'énergie nerveuse des organes et non d'un excès d'action vasculaire, le traitement généralement adopté contre cette maladie, surtout par quelques praticiens français, est totalement inadmissible. J'entends parler des saignées générales répétées fréquemment, des applications de sangsues et du régime strictement antiphlogistique jusqu'à la chute du pouls et des forces générales, par la raison que cette pratique ne fait que masquer et aggraver l'inflammation par la débilité qu'elle entraîne. Il en résulte une augmentation de l'irritabilité qui étend la maladie et emmène la prostration et la mort. Il n'est pas douteux que, dans certaines constitutions, la seule perte de sang est suivie de ces inflammations des séreuses qui accompagnent ordinairement l'aortite ; dans un cas de M. Bouillaud, la seule ouverture de la veine, pen-

dant le traitement d'une pleuro-pneumomie, a été suivie d'une inflammation considérable qui a envahi les cavités du cœur, l'artère pulmonaire et l'aorte (Bouillaud, Clinique des mal. du cœur, t. 2, p. 9). Dans le traitement de l'inflammation, il importe de distinguer les cas qui s'accompagnent d'excès d'action vasculaire de ceux qui s'allient à un défaut d'énergie nerveuse, et l'on doit tenir compte d'un surplus d'énergie qui existe dans la constitution des sujets dont les organes les plus importants sont malades par des excès habituels, et dont les forces nutritives et réparatrices sont brisées, et chez lesquels tout l'organisme est dans un état de prostration et de cachexie. Dans ces cas, on peut admettre assez souvent la saignée déplétive comme simple expédient contre l'aortite. Dans l'état actuel des connaissances, cette maladie peut être considérée comme une des affections les plus désespérées. Néanmoins nous ne devons pas moins essayer d'en prévenir le développement ou d'en pallier les symptômes par toutes les ressources dont l'art peut disposer. Je pense que l'aortite et les inflammations qui se concomitent avec elle peuvent être soulagées, affaiblies, en ayant égard à la régularisation des secrétions, en modérant l'action au cœur, en égalisant la fonction du foie et des reins, et en empêchant ces organes de se congestionner par l'action du froid, de la fatigue et des autres vicissitudes, à l'aide d'une alimentation convenable et de l'usage modéré des stimulants. Il est probable que les sujets atteints de maladies chirurgicales dans les grandes capitales échapperaient à l'aortite, si, avant d'être soumis aux opérations, ils étaient convenablement préparés pendant plusieurs semaines par un régime modérément fortifiant, et si l'on adoptait en principe de différer, quand cela est possible, les opérations chez les individus qui souffrent actuellement au foie, aux reins, et dont l'urine est albumineuse, jusqu'à l'époque où ces affections seraient mitigées par un traitement médical approprié.

La règle générale que je propose pour le traitement de l'aortite consiste à prescrire des moyens propres à diminuer l'irritabilité. Il paraît que l'usage abondant du mercure n'est pas tout à fait applicable à ces sortes de sujets. Néanmoins, dans le commencement de l'aortite, le mercure peut être donné par petites doses. Quand la circulation est très excitée, on peut donner comme calmants, la digitale, l'acétate de plomb et l'opium. On peut prescrire également des contre-irritants légers à la poitrine, tels que la pommade de tartre stibié, ainsi que le conseille Copland, et des ventouses sèches. L'expérience a démontré que les vésicatoires, les sétons et les cautères sont plutôt nuisibles dans cette maladie. Vers les dernières périodes, il est utile de prescrire des stimulants à petites doses. L'ammoniaque, les liniments chauds à la poitrine, conviennent alors. Quant à l'artérite des membres, si bien décrite par Dupuytren, à l'occasion de la gangrène sénile, elle veut être traitée à l'aide des sangsues, des ventouses scarifiées à une certaine distance au dessus de la région mortifiée. Il n'y a pas, au reste, de similitude réelle entre l'aortite et la phlogose des petites artères. Dans ces dernières, la nature et l'art peuvent arrêter la maladie par l'élimination spontanée, ou par l'amputation de la partie mortifiée, tandis que l'aortite est mortelle si la nature n'opère pas dès le début la résolution.

DE LA MÉDICATION RÉPUTÉE EXCITANTE.

Dans la technologie médicale du jour, presque tous les médicaments sont réputés toniques, stimulants ou excitants. On chercherait en vain la raison d'une pareille caractérisation. Chaque auteur disserte à loisir sur les vertus de ces substances, et c'est toujours en posant en fait ce qu'on aurait dû tout d'abord mettre en question. Il est même des écrivains très récents qui n'excluent de la classe des excitants que les seuls délayants, la saignée et la diète. « Les excitants sont, disent MM. Mérat et Delens, en très grand nombre, et excèdent de beaucoup celui des antiphlogistiques dont l'emploi est pourtant plus fréquent, mais qui ne consistent, au fond, que dans l'usage des délayants, de la saignée et de la diète. » (Dict. de Mat. méd., t. 3, p. 196). Dans la longue liste que ces auteurs donnent des prétendus excitants, on voit figurer entre autres les composés mercuriels, le soufre, les eaux minérales, les résines, les baumes, etc., qu'on prescrit tous les jours avantageusement contre des maladies franchement inflammatoires ou à fond d'excitation. On comprend par là la raison de la thérapeutique extrêmement limitée qu'à dû adopter l'illustre école Broussaisienne, et la contradiction qui règne généralement de nos jours entre les principes et la routine basée sur l'expérience empirique. Celle-ci en effet a appris à prescrire utilement des médicaments réputés excitants contre des affections que les principes classent au rang des affections phlogistiques. Citons comme exemple, la pommade mercurielle et le calomel qu'on emploie si avantageusement chaque jour contre la péritonite, le phlegmon, les ophthalmies, la méningite, etc. Comment ce médicament pourrait-il être utile dans ces affections, s'il était réellement excitant? On ne réfléchit pas à la contradiction, et l'on croit avoir tout fait en invoquant la chimère de la révulsion! Nous pourrions prouver la même illusion régnante à l'égard d'autres médicaments regardés comme excitants. Si les composés auriques, par exemple, guérissent la scrofule, s'ils sont utiles dans la vérole secondaire ou tertiaire, dans les affections cancéreuses, etc., ce n'est certainement pas là une preuve de l'action excitante qu'on leur attribue, car l'on sait que les véritables excitants nuisent singulièrement dans ces maladies. Il faut donc remonter à d'autres éléments pour s'en former une idée conforme à la vérité.

L'école dynamique ne reconnaît qu'à un très petit nombre de corps la faculté d'exciter réellement les forces organiques, c'est-à-dire d'élever le rhythme des fonctions au dessus de leur type normal. Dans cette

catégorie se présentent les alcooliques, les opiacés, la canelle, le calorique. Les autres se rattachent pour la plupart à la famille si nombreuse des hyposthénisants, et l'on chercherait en vain, surtout parmi les composés métalliques, une seule substance capable de stimuler dans le sens que nous venons de définir. On voit, par conséquent, que c'est parmi les corps organiques que nous trouvons les véritables stimulants. Nous le répétons, ce n'est pas la sapidité aromatique ou amère qui doit servir à la caractérisation de la vertu stimulante des corps, ainsi qu'on l'a fait jusqu'ici, mais bien leur effet consécutif à l'absorption et à l'assimilation. Cet effet doit se mesurer *à posteriori* sur le changement qu'il a opéré dans le rhythme des fonctions organiques pendant l'état de santé et durant la maladie. On a de la peine à croire, nous le savons bien, que la cantharide, par exemple, le phosphore, le fer, l'or, etc., ne soient pas des substances excitantes, puisqu'ils déterminent localement des phénomènes irritants, d'apparence inflammatoire; mais ce ne sont là que des effets purement mécaniques ou chimiques qu'on a eu le tort de prendre pour point de départ de leur caractérisation. L'école dynamique va plus loin, elle suit le médicament dans l'absorption, dans ses effets généraux, et c'est là qu'elle l'étudie expérimentalement, tout en tenant compte de l'action locale. Or là, aucun de ces corps n'élève réellement la force fonctionnelle, et l'on peut voir que des phénomènes analogues se passent à l'égard du tartre stibié, du sulfate de quinine et de l'arsenic, qu'on regardait naguère aussi comme stimulants. L'on est étonné, par conséquent, de voir des hommes éminents, tels que M. Andral, par exemple, s'obstiner à soutenir les vieilles notions enseignées par une routine aveugle, et rejeter sans examen les études nouvelles qui ont conduit à d'autres résultats. Que nous importe à nous que tel corps soit plutôt stimulant que contro-stimulant? Ce que nous voulons, nous, c'est son appréciation rigoureuse d'après les changements qu'il opère dans la force fonctionnelle. Tels sont nos principes généraux. Entrons dans quelques détails.

Si l'on étudie successivement et expérimentalement les quatre corps que nous venons de prendre pour types, on trouvera, soit chez l'homme bien portant, soit chez les animaux, soit enfin chez l'homme malade, des effets primitifs constants, invariables au fond. Ces effets cependant, que nous regardons comme les seuls intrinsèques, et qui caractérisent la vertu du médicament, diffèrent beaucoup en apparence des effets secondaires, et c'est ce qui a jeté la confusion dans leur appréciation. Nous disons *en apparence*, car en réalité l'action sur la force est restée la même, les phénomènes fonctionnels seuls ont changé par les raisons qu'on va comprendre. On demandera ici ce que nous entendons par action primitive ou intrinsèque, et par action secondaire des médicaments (1). En deux mots, nous dirons que l'action primitive consiste dans l'impression immédiate qu'éprouvent les molécules de la fibre organique par le chyle ou la lymphe, déjà impregnés du médicament et passés dans le torrent circulatoire, et dans la réaction vitale qui succède dans les tissus ou les organes par le fait de cette impression. En d'autres termes, l'effet immédiat ou dynamique comprend deux actes organiques : l'impression ou l'action matérielle et la réaction. La réaction elle-même n'est qu'une manière d'être de la force organique, de cette force qui fait contracter le cœur et les artères, qui convertit les aliments en sang, qui nous fait tenir debout, marcher, penser, etc. C'est là le véritable principe d'action dynamique que nous invoquons à chaque instant dans ces études. L'action ou l'effet secondaire se rapporte à l'état fonctionnel des organes après l'usage du médicament, ce qui peut avoir lieu dans une époque plus ou moins rapprochée de son absorption. Cela suppose toujours, comme on le voit, l'accomplissement préalable de l'action intrinsèque. Ainsi, par exemple, le vomissement, les garde-robes, la salivation, la dilatation de la pupile, l'hilarité, etc., qui succèdent à l'usage du tartre stibié, du sulfate de magnésie, du mercure, de la belladonne, etc., sont des phénomènes secondaires, puisqu'ils supposent une autre action déjà accomplie sur la force fonctionnelle, l'action primitive; ils expriment une manière d'être des organes, un état fonctionnel particulier qui peut varier plus ou moins, selon une foule de circonstances morbides que nous aurons l'occasion d'examiner. L'on comprend par là pourquoi disions-nous que l'action dynamique est constante, invariable, puisque les propriétés physiques des corps sont elles-mêmes invariables ainsi que la force organique, en tant que force ou en tant qu'élément simple des fonctions. N'allez pas supposer maintenant qu'une augmentation apparente dans le rhythme fonctionnel d'un organe sécrétoire ou autre suppose toujours une augmentation de force, et *vice-versa*, qu'une inertie dans ses actes indique une véritable faiblesse. Disons enfin que nous rejetons complétement comme illusoires les actions sympathiques ou révulsives que la routine invoque sans cesse, faute d'une critique assez sévère. Nous nous expliquerons en temps et lieu sur ces questions accessoires.

Pris à faible dose, chez l'homme sain, tout remède réellement stimulant produit une élévation réelle dans le rhythme des fonctions organiques : accélération et augmentation de la force du cœur et des artères, chaleur à la peau, hilarité, vigueur et promptitude dans les idées, dans la perception oculaire, énergie musculaire, sentiment de la force et du courage, etc., tels sont les premiers phénomènes; ils expriment l'hypersthénie exquise de l'école dynamique. Prenez maintenant un composé métallique quelconque dans les mêmes conditions, par exemple, du chlorure d'or, puisque des savants distingués donnent ce corps comme stimulants; ou bien encore quelques verres d'eau ferrugineuse de Passy qu'on regarde éga-

(1) Les mots : action primitive, action intrinsèque, essentielle ou dynamique, sont synonymes pour nous.

lement comme excitante ; nous en avons fait vingt fois l'expérience, l'effet est diamétralement opposé : l'action du cœur diminue, on éprouve un sentiment de faiblesse générale, de lassitude dans les membres, de creux à l'estomac, tremblements aux poignets, perceptions cérébrales lentes et faibles. Ces phénomènes se dissipent par un repas substantiel et par la boisson de quelques alcooliques qu'on désire et qu'on tolère alors extraordinairement. Des phénomènes analogues s'observent chez les animaux. Chez l'homme malade, l'action dynamique n'est aucunement différente, les phénomènes secondaires seuls ont changé par le fait de la condition morbide. Nous reprendrons cette question dans le prochain article.

DOCUMENTS DIVERS.

Hygiène publique et privée. *Désinfection des matières fécales.* — La science était restée impuissante en présence de ces odeurs infectes et malfaisantes qu'exhalent les lits de certains paralytiques que l'incontinence rectale oblige à coucher sur des matelas percés ou en contact de vases spéciaux; et d'autres infortunés qui, frappés d'une infirmité dégoûtante, d'anus contre-nature incurable ou de fistules recto-vaginales, par exemple, sont obligés, pour masquer en partie les repoussantes odeurs de leur affection, de porter des appareils mécaniques cachés, qui, eux-mêmes, ne remédient que fort imparfaitement à l'exhalaison des gaz infectes qui s'échappent de leur intérieur. La même impuissance se faisait sentir avec regret chez de malheureux indigents et même chez certains malades aisés dont l'affection exige à côté de leur lit la présence continue d'un vase à chaise-percée, et dans plusieurs cas analogues, faciles à deviner. Plusieurs moyens avaient été proposés pour neutraliser les deux principes gazeux qui s'exhalent des matières fécales et qui sont la cause de leur odeur insupportable, pestilentielle; mais ces moyens n'avaient été que peu efficaces dans la pratique. Les deux principes qu'il s'agissait de neutraliser, de décomposer ou de fixer, sont le carbonate d'ammoniaque et le gaz sulfhydrique. Ce problème vient d'être heureusement résolu par un chimiste-agriculteur distingué, M. Schatmann. Voici comment il s'exprime dans une communication intéressante qu'il vient de faire sur ce sujet au Comice agricol de Bouxviller :

« La plus grande partie des excréments humains se perd aujourd'hui, parce qu'on ne prend nul soin de les recueillir, que leur conservation près des habitations et même leur emploi causent de grandes incommodités, en raison de l'odeur infecte qu'ils répandent; mais en les saturant avec une dissolution de sulfate de fer, ces graves inconvénients disparaissent, et l'on conserve à ces matières toute leur énergie comme engrais. L'odeur insupportable qu'elles répandent provient d'une part de la volatilisation du carbonate d'ammoniaque, et de l'autre de la formation du gaz hydrogène sulfuré (odeur d'œufs pourris) que produit le soufre contenu dans les excréments. En employant le sulfate de fer, ce sel se décompose, son acide sature l'ammoniaque et le convertit en sulfate, qui ne produit plus d'émanations ammoniacales; sa base, le fer, se combine avec le soufre, forme du sulfure de fer et empêche la production du gaz hydrogène sulfuré. Les matières fécales, traitées par le sulfate de fer, n'ont plus qu'une faible odeur, qui n'incommode pas et qui n'a rien de répugnant. Tout le monde pourra s'en convaincre facilement en saturant de la manière indiquée des matières fécales dans une cuve ou dans les fosses d'aisances mêmes. Le sulfate de fer en qualité inférieure ne coûte que dix centimes le kilogramme, et il n'en faut que de petites quantités pour saturer les matières fécales. Son emploi est donc à la fois aussi utile qu'économique. Les odeurs incommodes que répandent les matières fécales ont beaucoup contribué à faire négliger la conservation de ce puissant engrais; mais ces inconvénients pouvant être écartés par un moyen aussi facile qu'économique, j'espère que ma proposition trouvera un accueil d'autant plus favorable, qu'elle est d'une haute utilité pour l'agriculture, et qu'elle fera disparaître des maisons les odeurs immondes qui en infectent le plus grand nombre.

» Les matières fécales qu'on rassemble dans des tonneaux ou dans des réservoirs doivent être saturées avec une dissolution de sulfate de fer, lorsque la fermentation développe l'ammoniaque; elles perdent alors toute leur odeur désagréable. Ces latrines pourraient être établies sans inconvénient dans presque toutes les parties de la maison, car elles se réduiraient en quelque sorte à des chaises percées. Aucune matière fécale ne se perdrait plus, et la répugnance de les enlever et de les appliquer à l'agriculture disparaîtrait avec l'odeur incommode qu'elles répandent aujourd'hui. J'ai déjà constaté, par des applications pratiques et avec un plein succès, la désinfection des matières fécales des latrines avec le sulfate de fer. Les excréments solides et liquides d'un seul homme, pendant une année, suffisant pour fumer vingt ares de terre ou de prés, on peut, sans exagération, en estimer la valeur à au moins 20 francs. Le défaut de bonnes dispositions pour recueillir les matières fécales cause ainsi une perte immense, et prive l'agriculture d'un puissant moyen de prospérité. » (La Clinique vétérinaire.)

Piqures de guêpes. *Onguent mercuriel.* — Le docteur Picardi rapporte dans la *Gazette de Milan*, n° 4, 1845, avoir été blessé par une guêpe sur le dos de la main, vers le mois d'octobre; la douleur a été atroce, et l'insecte, en se détachant, est allé tomber mort à quelques pas de là, ce qui a été attribué à une circonstance déjà signalée par les naturalistes, savoir : à l'implantation trop forte de l'aiguillon, à la difficulté que l'insecte a rencontrée à le retirer, vu sa forme en Z, et à l'arrachement de ses boyaux contre l'aiguillon, par le fait même de ses efforts. On sait en effet que, quand on est piqué par une guêpe ou par une abeille, si on ne la chasse pas brusquement, elle dégage petit à petit son aiguillon en zig-zag et ne laisse après elle que le seul effet de la piqûre (à moins que l'insecte n'ait pu inoculer un venin quelconque). Si on la force brusquement, au contraire, à se retirer, ses efforts ou ils cassent l'aiguillon (et l'on a alors affaire à une piqûre avec corps étranger, ce qui donne lieu quelquefois à un phlegmon grave), ou bien ils causent son éventration par le mécanisme que nous venons d'indiquer. La douleur cuisante que M. Picardi éprouvait était tellement vive qu'il ne pouvait la supporter. Plusieurs topiques d'usage n'avaient pu le soulager, quand il a eu l'idée de couvrir la partie déjà gonflée avec de la pommade mercurielle. Le soulagement a été instantané et des plus marqués. Quelques heures après, se croyant guéri, il a enlevé le bandage et l'onguent; aussitôt la douleur a reparu avec son intensité première et un sentiment de pulsation artérielle comme dans certains panaris. On est revenu au même remède, et le résultat a été tout aussi heureux que la première fois. La persistance de ce moyen a procuré une guérison prompte et durable. Comme on le voit, c'est l'analogie de la douleur

du panaris avec celle de la piqûre de la guêpe qui a conduit l'auteur à cette médication importante. Les cas de réactions graves, par ces sortes de piqûres, fourmillent dans la science (V. Dupuytren, Plaies par armes de guerre). On trouve aussi dans Monteggia le cas d'une piqûre de guêpe sur une veine à la main, et qui s'est terminé par la mort.

CLINIQUES CHIRURGICALES.

REMARQUES GÉNÉRALES.

Les rétrécissements de l'urètre ont, dans ces dernières années, fourni matière à d'innombrables travaux, à des théories interminables, à des inventions instrumentales sans fin; et pourtant les hommes les plus instruits sont encore à se demander quelles sont les véritables conditions pathologiques de cette affection, quels sont les moyens de la guérir promptement, sûrement, radicalement? Les chirurgiens, dont la pratique est limitée exclusivement aux maladies des voies urinaires, trouveront peut-être étrange, ridicule même, un pareil énoncé; d'autres pourraient partager également un semblable étonnement; néanmoins, si l'on réfléchit, d'une part, que l'on a rarement eu l'occasion de disséquer sur les cadavres des urètres affectés de la sorte; et de l'autre, que nos moyens curatifs n'agissent que très lentement, et souvent ne procurent que des effets temporaires, on reconnaîtra aisément que la science n'a pas encore dit son dernier mot à cet égard, et que des *desiderata* importants se présentent encore de nos jours, sur cette grave question. Ces réflexions nous étaient suggérées dernièrement par un fait intéressant qui s'est passé sous nos yeux à l'Hôtel-Dieu (clinique de M. Blandin) et que nous devons faire connaître.

Il s'agit d'un homme, jeune encore, qui était entré pour un double rétrécissement urétral qu'il portait depuis dix-huit ou vingt mois, par suite d'une blénorrhagie qu'il avait essuyée deux ans auparavant. A l'examen, une bougie n° 7 ou 8 n'a pu passer au-delà de huit à neuf centimètres du méat; on lui a donc substitué une bougie fine, n° 2 ou 3, laquelle a pu pénétrer sans effort jusque dans la vessie. Cette bougie a été laissée en permanence pendant une heure seulement. Le lendemain, cet instrument a été introduit de nouveau et laissé autant de temps. Dans ces entrefaites, M. Blandin a songé au procédé de scarification du docteur Reybard, de Lyon, et, bien qu'il n'en professât pas préalablement une idée très favorable, il a cru devoir l'essayer en présence de ce chirurgien. La sonde armée de M. Reybard a, par conséquent, été introduite jusqu'au delà du rétrécissement, puis ouverte à un faible degré et retirée en partie, ensuite repoussée en arrière, fermée et extraite. Quelques gouttes de sang se sont écoulées; l'opération n'a été qu'à peine douloureuse, et le patient, qui avait d'abord de la répugnance à se laisser instrumenter, s'est trouvé satisfait aussitôt après. Une ou deux heures cependant s'étaient à peine écoulées, qu'il a été saisi d'un violent frisson, puis de symptômes encéphaliques, de coma, de contracture des membres; quelques heures plus tard, il était mort. A l'autopsie, on a trouvé tous les restes d'une congestion encéphalique des plus violentes; la pulpe cérébrale était piquetée de sang, les méninges très injectées, mais pas d'extravasation apoplectique nulle part. Les viscères thoraciques étaient sains; dans l'abdomen, tout était à l'état normal, sans en excepter les reins et les ureteres, hormi la vessie cependant qui a été enlevée en totalité avec l'urètre pour être étudiées à part. Voici les conditions de ces parties. La vessie était petite; sa cavité, à peu près égale au creux formé par les cinq doigts d'une main d'adulte rapprochés ensemble, était très rouge, véritablement chémosique, à l'instar de la conjonctive oculaire atteinte de métaphlogose. Sur une infinité de points, la muqueuse vésicale offrait en effet des taches d'un rouge violet, saillantes comme de petites tumeurs, de volume variable depuis une petite lentille jusqu'à l'ongle du pouce. Ces plaques, écarlate-foncé, ont semblé formées par du sang extravasé dans le tissu sous-muqueux, ainsi que cela a toujours lieu dans presque toutes les phlegmasies violentes des membranes muqueuses; elles affectaient cependant l'apparence de petites végétations fongueuses, et M. Blandin les a caractérisées comme telles. Au reste, la surface de cette membrane, bien que lisse, présentait des lacunes très développées, des plis, des gouttières plus ou moins profondes par le fait de l'hypertrophie de la membrane musculaire (vessie à colonnes). L'épaisseur des trois membranes de l'organe était bien d'un à deux centimètres (plus d'un demi-pouce), ce qui donne déjà la mesure du degré d'hypertrophie de la couche musculeuse et explique la petitesse de la cavité vésicale. Le col de cet organe et la prostate étaient sains. Comme la scarification avait porté à la paroi inférieure de l'urètre, M. Blandin a judicieusement divisé le canal par sa face supérieure, en divisant, point par point, à l'aide d'une sonde à panaris et d'un bistouri, les corps caverneux de dedans en dehors. Arrivé sur le point scarifié, c'est-à-dire à 8 centim. environ du méat, l'instrument a mis en pleine évidence un premier rétrécissement; on voyait une incision antéro-postérieure, de la longueur de trois à quatre centimètres, rouge, sanglante, qui avait passé d'arrière en avant et divisé nettement le point coarcté dans une assez grande étendue. Cette incision avait bien taillé toute l'épaisseur de la muqueuse vers son milieu, mais elle ne l'avait pas dépassée et n'avait nullement coupé le tissu cellulaire sous-muqueux, ainsi que M. Reybard le croit indispensable pour obtenir des résultats avantageux. Plus loin, il y avait un second rétrécissement, plus considérable encore, précisément au niveau du bulbe, ou entre la portion membraneuse et la portion spongieuse, et empiétant plutôt sur la première. Avant de décrire ces rétrécissements, nous devons jeter un coup-d'œil sur l'en-

semble de ce canal qui est ouvert et aplati comme un ruban. En procédant d'arrière en avant, on le trouve partout d'un blanc normal, excepté sur les deux points rétrécis où il est rouge, profondément cramoisi, comme ecchymosé ou villeux, condition manifeste d'une phlogose chronique circonscrite, isolée. Cette rougeur s'étend à peine en longueur à un centimètre ; elle est, au reste, circulaire, mais plus marquée à la paroi inférieure du canal. Entre le rétrécissement postérieur et la prostate, l'urètre est dilaté, présente deux centimètres environ de largeur, vers la partie moyenne de cet espace, le canal étant, nous le répétons, ouvert et aplati. Les lacunes de Morgagni de cette portion étaient très développées et une sonde les accrochaient aisément. La valvule vésicale (appendice prostatique) était elle-même très prononcée, sans doute à cause du travail hypertrophique qui dominait toutes ces parties. Entre le rétrécissement postérieur et l'antérieur, le canal n'offrait rien à noter, si ce n'est qu'il était plus élargi près de la coarctation que loin. Cet élargissement donnait, à la mesure transversale, un centimètre et demi à deux centimètres, le canal étant toujours déployé et aplati. Entre le rétrécissement antérieur et le gland, rien de particulier, si ce n'est que le méat était lui-même un peu rétréci.

Arrivons à présent aux coarctations elles-mêmes. Sur ces points, on ne voyait rien de semblable à ce que les auteurs ont décrit à l'occasion de ces lésions. Pas la moindre dureté, pas le moindre bourrelet, pas la plus légère saillie ou épaisseur morbide, soit en dedans, soit en dehors de la muqueuse. On aurait dit que le canal s'était coarcté circulairement comme par l'action de deux forces qui l'auraient tiré par ses deux extrémités en sens opposé, en même temps que deux doigts l'auraient légèrement pincé sur le point rétréci. Il n'y avait là ni froncements, ni fausses membranes, ni fongosités, ni hypertrophie appréciable; le doigt passé dessus accusait des tissus mous, lisses, flexibles, glissants, mobiles dans tous les sens ; et sans la congestion inflammatoire limitée, on aurait dit que ni la muqueuse ni les tissus sous-jacents n'avaient jamais été malades ; pourtant les rétrécissements étaient très prononcés, une bougie moyenne n'avait pu les franchir, ainsi qu'on vient de le voir. Il faut noter cependant qu'en réalité le canal était encore assez béant sur les points rétrécis pour laisser passer librement sur le cadavre un jet d'eau de moitié en volume que le jet naturel, et néanmoins, durant la vie, la fonction ne pouvait s'accomplir ! N'y aurait-il donc pas là, dans ce travail coarctateur, des éléments dynamiques, des forces vivantes, bien différentes de celles de la mécanique brute qu'on avait imaginées dans la pathogénésie des rétrécissements de l'urètre? On conviendra au moins que, si tout n'est pas encore à faire sur ce point de pathologie, des questions importantes restent encore à résoudre, et que Dupuytren était bien fondé en reconnaissant une action vitale dans la formation comme dans l'élargissement de ces états accidentels. Il est facile de prévoir par les détails précédents que plusieurs auteurs ont plutôt parlé de l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre, d'après l'analogie fournie par les rétrécissements du rectum, si souvent inspectés par l'autopsie, que d'après l'observation directe. On a fait, comme on le voit, de l'anotomie galénique, c'est-à-dire appliqué à l'homme ce qu'on avait observé chez le singe !

Comment expliquer la mort subite de l'opéré de l'Hôtel-Dieu ? On comprend assez la cause dernière de cet événement, la congestion encéphalique ; mais on ne peut admettre, au prime-abord, que la simple scarification de l'urètre ait pu en être la cause occasionnelle. On a appris que depuis quelques jours avant son entrée, le patient avait eu souvent des accès de fièvre précédés de frissons, dont il n'avait rien dit. On comprend ces accès par la lésion profonde de la vessie, et il n'est pas irrésonnable d'admettre qu'exaspérée par la *taille urétrale* (expression de M. Reybard) la condition morbide de la fièvre ait pu donner au nouvel accès le caractère d'une pernicieuse apoplectique et se soit terminé promptement par la mort. Cette appréciation n'a rien d'exagéré, puisque rien n'est plus fréquent que de voir les manœuvres dilatatoires dans l'urètre occasionner des accès de fièvre intermittente, plus ou moins graves ; nous avons eu nous-même dernièrement un cas de ce genre, tellement alarmant que le malade a manqué de succomber, en peu de jours, dans des accès répétés d'une pernicieuse encéphalique. Un abcès énorme s'est formé dans la vaginale testiculaire, et pourtant il ne s'agissait nullement d'une fausse route. Qu'on interprète, au reste, comme on voudra la brusque catastrophe du patient de l'Hôtel-Dieu, il n'est pas moins certain que la plus grande circonspection est indispensable pour opérer sans danger des manœvres un peu rudes dans le canal de l'urètre. N'avons nous pas rapporté, il y a quelque temps, un cas de mort instantanée, arrivée sous nos yeux à la clinique de M. Roux, pendant que cet habile opérateur essayait d'extraire forcément, chez une femme, des fragments d'une pierre vésicale, à l'aide de pinces dilatantes? Chez elle aussi, la vessie était chroniquement enflammée (Ann. de Thér., t. 2, p...) Ces deux faits paraissent offrir plusieurs traits de ressemblance entre eux, et l'on pourrait sans doute en citer d'autres analogues.

Pour ce qui est enfin du remède vanté par M. Reybard, nous manquons de faits officiels pour pouvoir l'apprécier, l'expérience à la main. Voici cependant les remarques que ce chirurgien a bien voulu nous communiquer dans une conversation que nous avons eue avec lui à l'Hôtel-Dieu. Pour être réellement utile, l'incision de l'urètre doit être profonde, diviser non seulement la muqueuse, mais aussi le tissu cellulo-fibreux sous-jacent; sans cette condition, le résultat n'est que passager, les simples scarifications superficielles se cicatrisant promptement et n'amènent aucune dilatation réelle. En divisant complétement par une véritable taille, le canal muqueux et sa gaîne celluleuse, on obtient selon lui une sorte de détente du-

rable du canal, et la guérison a lieu en quinze jours environ. Il assure que jamais il ne survient d'infiltration urinaire ni d'autre accident par cette méthode. Il va sans dire qu'après les incisions, le chirurgien pratique tous les jours le cathétérisme temporaire à l'aide de sondes élastiques. Son instrument scarificateur permet de monter la lame tranchante au degré qu'on désire, selon la résistance des parties. Cette manière de traiter les rétrécissements urétraux est, comme toutes celles qui sentent la violence, si contraire aux principes adoptés par la chirurgie parisienne, qu'il faudrait d'abord un grand nombre de faits heureux pour l'accepter sans méfiance. Nous avions, il y a quelque temps, passé en revue les différentes méthodes adoptées dans les hôpitaux pour le traitement de ces sortes de maladies; il est probable que nous aurons l'occasion de revenir sur celle de M. Reybard.

Les affections phlegmoneuses de la main et des doigts ont paru de tout temps dignes de la sollicitude du praticien, et par leur fréquence et par la gravité souvent très grande qui les accompagne. Bien que parfaitement connu, ce sujet vient de fournir à M. Velpeau l'occasion de quelques remarques intéressantes que nous devons enregistrer dans nos colonnes. Ce clinicien est arrivé à poser des données tellement précises, relativement aux quatre espèces scolastiques de panaris, qu'il lui suffit d'un seul coup-d'œil à distance pour dire avec une exactitude mathématique s'il s'agit d'un phlegmon simplement sous-cutané, d'une suppuration de la gaîne des tendons, d'un panaris sous-périostal, ou bien enfin d'une simple ampoule purulente sous-épidermique, ou de plusieurs de ces lésions à la fois. Plusieurs malades, qui ont été dernièrement traités à la Charité, ont servi de vérification aux nouvelles données que nous allons exposer. Quand un sujet se présente avec un gonflement phlegmoneux à la face dorsale de la main et que le mal a débuté du côté de la paume, on peut être certain que les gaînes des tendons ne sont pas intéressées et que l'abcès est simplement sous-cutané, par conséquent sans danger. L'abcès, dans ce cas, existe principalement du côté de la paume, et c'est de ce côté qu'il faut l'ouvrir, bien qu'il y soit peu ou moins prononcé que du côté de la face dorsale. La phlogose suppurante en effet, qui se déclare dans ou sous le derme palmaire, trouve là des tissus serrés, peu extensibles, et marche aisément vers le dos de la main, où les tissus sont beaucoup plus flasques et plus distensibles. Il en résulte un grand gonflement de ce côté, bien que le foyer principal fût réellement du côté opposé.

Une pareille condition ne se rencontre point dans le phlegmon des gaînes, à moins qu'il ne s'accompagne en même temps de l'affection précédente. Le panaris des gaînes, au lieu de faire le tour de la main et de proéminer surtout vers la face dorsale, marche droit dans la direction ascendante des tendons, gagne le poignet et même l'avant-bras en se circonscrivant longitudinalement à la face palmaire ou dorsale où il s'est engendré. Ces conditions sont si évidentes, si caractéristiques, qu'il est impossible de s'égarer sous le rapport des indications curatives et du pronostic surtout. Dans le panaris sous-périostal, le travail suppurant affecte, il est vrai, la forme circulaire comme dans le panaris dermique; mais, outre que le gonflement est plus circonscrit, la tumeur ne proémine pas préférablement du côté dorsal. En d'autres termes, elle n'est pas très étendue ni en largeur, ni en longueur, ni même en volume; à moins, nous le répétons, qu'un panaris sous-dermique n'existât en même temps. Celui-ci, quand il se rencontre avec le précédent, peut être lui-même secondaire, c'est-à-dire, dépendre du passage du pus sous-périostal dans le tissu cellulaire sons-dermique, mais alors on a plutôt affaire à un abcès circonscrit, facile à caractériser, qu'à un véritable panaris dermique. Disons enfin que, dans l'ampoule purulente sous-épidermique, le mal est superficiel, très circonscrit sur la face dorsale ou palmaire, et ne peut être confondu avec les trois espèces précédentes. Il arrive cependant que l'ampoule purulente coexiste quelquefois avec telle ou telle autre espèce de panaris, en particulier avec le panaris sous-dermique. Dans ce cas, on trouve, indépendamment de la petite tumeur circonscrite, le gonflement dorsal dont nous venons de parler. Il importe donc de ne pas s'en laisser imposer dans ce cas, et de passer, après la division de l'ampoule, à l'ouverture de l'abcès sous-dermique. Il n'est pas rare de voir dans cette occurrence l'ampoule purulente se former secondairement par le passage sous l'épiderme d'une partie du pus sous-dermique. Aussi, trouve-t-on alors au fond de l'ampoule un petit pertuis qui conduit au foyer principal. Il y a peu de jours, un jeune homme a été reçu à l'Hôtel-Dieu pour un abcès volumineux à la face plantaire du talon, occasionné par une piqûre; M. Roux croyait avoir affaire à un abcès profond et étendu; c'était pourtant une simple ampoule purulente sous-épidermique. M. Roux a excisé tout l'épiderme épais de l'ampoule et cherché avec un stylet boutonné s'il n'y aurait pas un pertuis au fond de cette poche communiquant avec un autre foyer; il n'en a pas trouvé cependant.

En général, les suppurations sous-épidermiques veulent être traitées par l'excision pour guérir promptement. Sans cette pratique, une ulcération se forme à la surface de la peau, et la guérison se fait longtemps attendre. Un jeune maçon a été traité dernièrement dans le service de M. Gerdy pour une congélation du bout des doigts des deux mains; il en est résulté des cloches purulentes noires qui ont entraîné la chute des ongles. M. Gerdy a, pour l'instruction des élèves, excisé quelques-unes de ampoules purulentes, et en a percé simplement quelques autres; les premières ont guéri promptement, tandis que les autres ont duré un temps infini, et, en définitive, il a fallu décalotter les bouts des doigts avec leurs ongles qui sont partis avec l'épiderme circulaire en forme de dé, pour obtenir la guérison. Un autre précepte important et qui con-

cerne les panaris sous-dermiques, c'est de ne pas se hâter à amputer quand le mal a ébranlé, relâché ou même érosé les articulations phalangiennes, par la raison que l'on voit, chaque jour, ces lésions finir par guérir à la longue, avec plus ou moins d'ankylose; et l'on ne saurait, à cette occasion, trop rappeler les belles observations de M. Gerdy sur les maladies des petites articulations que nos lecteurs connaissent déjà.

Les kystes hydatiques du poignet nous ont déjà occupé il y a quelque temps; nous y revenons aujourd'hui à l'occasion de quelques nouveaux faits, et eu égard à l'importance très grande du sujet. On ne connaissait jusqu'à ces derniers temps qu'un seul moyen d'attaquer ces sortes de besaces carpiennes: l'incision suivie ou non de séton. Il s'ensuivait des réactions phlegmoneuses formidables qui entraînaient souvent des exfoliations tendineuses graves, des ankyloses, des fusées purulentes qui, parfois, obligeaient d'en venir à l'amputation de l'avant-bras. Nous avons été maintefois témoin de ces résultats entre les mains de nos meilleurs maîtres; et quand les choses se passaient plus heureusement, le traitement était toujours extrêmement long. Aussi l'arrivée d'une de ces tumeurs, dans les salles des hôpitaux, était-elle considérée comme une affaire des plus sérieuses. Dupuytren qui, comme on sait, avait le premier décrit avec soin ces sortes de poches synoviales, s'était, dans les derniers temps de sa pratique, arrêté au seul usage du séton qu'il passait de haut en bas, en le faisant glisser par dessous le ligament annulaire du tarse; mais la chose ne laissait pas d'être grave. Dernièrement, un chirurgien distingué de l'infirmerie royale d'Edimbourg, M. Syme, a proposé d'inciser largement le kyste et le ligament annulaire lui-même; il a rapporté un fait en faveur de cette pratique que nous avons fait connaître (fév., p. 435); mais qui ne voit que ce n'est là qu'un expédient extrême entouré de dangers? Dans cet état de choses, la chirurgie parisienne a imaginé de nouvelles ressources. D'une part, M. Gerdy a tenté la ponction sous-cutanée, précédée et suivie d'applications abondantes de sangsues et d'une compression méthodique; le résultat a été heureux, mais on ignore si le mal a récidivé plus tard, le malade n'étant pas resté assez long temps à l'hôpital après l'opération pour savoir si le résultat a été durable. De l'autre, M. Velpeau a expérimenté l'injection iodée, et il a obtenu des guérisons promptes et exemptes de tout accident. D'autres ont suivi la pratique de M. Velpeau, et ils s'en sont parfaitement bien trouvés. M. Chassaignac nous a dit avoir guéri un cas de ce genre à l'aide de cette méthode, et il vient d'en opérer un autre sous nos yeux de la même manière, à l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'un homme âgé de quarante et quelques années, portant depuis un an environ une double tumeur à la face palmaire du côté droit, fluctuante, sans changement de couleur à la peau. L'une de ces tumeurs, du volume d'un gros œuf, existait au dessus du ligament annulaire; l'autre, du volume d'une demi-orange, régnait dans la paume de la main. Les doigts ne pouvaient être étendus; on ne recevait pas à la pression alternative cette sensation de frôlement propre aux kystes hydatiques; mais ce caractère négatif tenait à ce que les poches ne communiquait pas librement ensemble pour permettre aux corpuscules de se déplacer et de se frotter ensemble. D'ailleurs les corps hydatiques peuvent manquer tout à fait, ce qui ne change rien à la nature de la maladie; quelquefois ils n'existent qu'en petit nombre: c'est déjà dire que le diagnostic n'a laissé aucun doute dans ce cas. M. Chassaignac l'a opérée de la manière suivante: il a enfoncé un trois-quarts dans la paume de la main, après avoir fait bomber la tumeur de ce côté par une compression latérale: écoulement d'un peu de liquide visqueux. A l'aide de fortes pressions exercées sur les deux tumeurs, on a vu alors s'échapper par la canule un nombre prodigieux de corpuscules hydatiques, dont plusieurs étaient évidemment plus gros que le diamètre de la canule, ce qui prouve que leur masse était élastique, compressible. Examinés au microscope, ces productions ont paru constituées de véritables hydatides à corps vésiculeux, et nullement de simples concrétions albumineuses, indurées, ainsi qu'on les trouve ordinairement, ce qui a porté à conclure à l'existence de deux variétés de ces tumeurs: les unes réellement hydatiques, les autres hydatiformes. Après avoir bien vidé la tumeur, M. Chassaignac a lavé la poche séreuse à l'aide de deux ou trois injections d'eau tiède; puis il a pratiqué une injection iodée dans la proportion d'un tiers de teinture et deux tiers d'eau. Le liquide injecté a été extrait complétement après quelques minutes de séjour. On a remarqué pendant ces injections que l'ouverture sous-annulaire qui servait de communication aux deux poches était très petite, puisque le liquide ne passait de la poche palmaire dans la cavité supérieure qu'après que la première était remplie, et cela a semblé pouvoir expliquer pourquoi la fluctuation d'une tumeur à l'autre avait été si incertaine. Il est à remarquer, au reste, qu'au dire du patient, le mal ne s'était déclaré d'abord que dans la région sus-carpienne, et ce n'est que beaucoup plus tard que s'était formée la tumeur dans la paume. On comprend cependant que la marche inverse peut avoir lieu; c'est ce qu'on observe souvent en effet. Toujours est-il cependant que le kyste marche dans son développement et s'étend d'une région à une autre en passant sous le pont ligamenteux annulaire qui le convertit en besace. Si cette pathogénie est exacte, on a de la peine à s'expliquer la petitesse excessive de l'anneau de communication, à moins de supposer qu'un travail phlogistique ou une sorte de valvule accidentelle ait rétréci cet anneau, ce qui est en effet exceptionnel; car ordinairement le passage sous-ligamenteux est parfaitement libre. Peu de jours après l'opération, les deux tumeurs se sont remplies de nouveau, mais à un degré beaucoup moindre.

Aujourd'hui, un mois environ de la ponction, les deux bosses fluctuantes offrent un volume de moitié

moindre, les doigts sont étendus, et le malade peut les faire agir, il ne souffre aucunement ; elles restent stationnaires jusqu'à présent. M. Chassaignac pense que la guérison aura lieu par la résorption spontanée du liquide comme dans l'hydrocèle testiculaire ; il base cette croyance sur ce qu'il a observé dernièrement chez un autre malade de son service que nous avons suivi, lequel présentait un gros kyste séreux à l'aîne du côté gauche ; l'injection iodée a été suivie d'une reproduction de la tumeur, puis celle-ci s'est résorbée petit à petit ; en dernier lieu, elle se présentait comme un nœud compacte, formé par les parois racoquillées du kyste ; aujourd'hui, ce nœud a disparu lui-même. Au total, si la tumeur du poignet ne disparaît point, on reviendra à la ponction, et l'on peut être à peu près certain d'une guérison solide sans aucune espèce de danger. Il y a véritablement dans cette médication de M. Velpeau un progrès d'une grande valeur qui réduit à peu de chose une maladie jusque là redoutable. Un chirurgien serait coupable dans l'état actuel de l'art, s'il omettait, dans les cas de ce genre, de faire profiter les malades des bienfaits de cette méthode. Disons cependant, en terminant, qu'à part la méthode en elle-même, il ne faut pas attacher à la teinture iodée une importance absolue, d'autres substances pouvant au besoin la remplacer. Il est même un fait récent, communiqué au dernier Congrès scientifique d'Italie, par le docteur Gherini, chirurgien au grand hospice de Milan, d'un kyste hydatique très volumineux à la face postérieure du coude, de forme bilobée, lequel a été guéri à l'aide de la seule incision qui a donné issue à 52 corpuscules hordéiformes. La poche morbide a suppuré, il est vrai, mais la guérison a été obtenue sans accidents graves (Annali. univ., janv. 1845). La forme bilobée est vraiment remarquable dans ce cas, car on ne trouve pas là les conditions anatomiques du ligament annulaire qui puissent en rendre compte, et l'on peut noter également que les concrétions hordéiformes ne sont pas exclusives au poignet. M. Ghérini, au reste, croit être certain que la cavité des deux tumeurs ne communiquaient nullement avec la synoviale articulaire. Il va sans dire, au reste, qu'une des conditions essentielles pour la guérison de l'affection est l'extraction de tous les corpuscules hydatiques. En résumé, deux procédés nouveaux et importants sont aujourd'hui en présence dans le traitement de ces sortes de tumeurs ; celui de M. Gerdy et celui de M. Velpeau qu'on peut combiner ensemble au besoin.

Le cancer ganglionnaire, c'est-à-dire irradié d'un centre quelconque dans les ganglions lymphatiques, a été, dans ces dernières années, le sujet de recherches spéciales de la part de M. Lisfranc. Ce chirurgien était arrivé à cette conséquence, que souvent les ganglions voisins d'un cancer n'étaient développés morbidement que par un simple travail irritatif ou inflammatoire, et qu'on pouvait alors en omettre sans inconvénient l'extirpation avec celle du cancer lui-même. En traitant, en effet, certaines tumeurs ganglionnaires à l'aide de sangsues répétées, de cataplasmes émollients et de pommades résolutives, M. Lisfranc les avait vues diminuer de volume, rester stationnaires, sans suites fâcheuses, ou même disparaître tout à fait. Ce praticien cependant n'a pas indiqué, à ce que nous sachions, à quels signes on pouvait reconnaître positivement que le mal était plutôt inflammatoire que cancéreux. Sans doute que la question pourrait être éclaircie *à posteriori ;* mais c'est là justement la difficulté pratique, car, de ce que la tumeur diminue ou reste stationnaire, on ne peut affirmer que sa nature soit innocente ; et l'on sait d'ailleurs que l'appréciation exacte est presque impossible dans certaines régions, comme à l'aisselle, dans la fosse iliaque, à la racine du cou, etc., par la raison que les ganglions hypertrophiés y existent souvent par grappes et d'une manière plus ou moins latente. Ce n'est donc que dans les seuls cas où les ganglions sont superficiels et solitaires que la question est seulement traitable. Dans ces occurrences encore, on peut se demander si l'importante observation de M. Lisfranc peut trouver une application rigoureuse au point de vue du diagnostic. Trois cas de ce genre se sont présentés dernièrement dans les hôpitaux, où la question a pu être abordée *à priori :* l'un à l'Hôtel-Dieu (Chassaignac) ; l'autre à Saint-Louis (Jobert) ; le troisième à la Charité (Gerdy). Chez tous les trois, il s'agissait d'un cancer de la lèvre inférieure, accompagné d'une petite tumeur ganglionnaire sous l'angle de la mâchoire inférieure. Cette tumeur offrait le volume d'un œuf de pigeon, était unique, mobile, indolore, sans changement de couleur à la peau. Il était impossible de dire, *à priori*, d'après le simple palpement, s'il s'agissait d'un ganglion *sympathique* (expression de M. Lisfranc), ou d'un ganglion cancéreux ; du moins la chose était douteuse chez les deux premiers. Chez le troisième cependant on pouvait affirmer conjecturalement qu'il était cancéreux, car la tumeur ne s'était manifestée que quelque temps après que M. Gerdy avait ébarbé le cancer de la lèvre par une simple excision en croissant, et que la plaie était déjà cicatrisée. — M. Chassaignac a abordé néanmoins la question chez son malade, et il l'a résolue d'avance affirmativement, se basant sur ce que le palpement alternatif du ganglion avec le bout de deux doigts donnait la sensation comme d'une coque, d'un creux central ou d'une fausse fluctuation. La dissection a parfaitement justifié ce diagnostic, le ganglion ayant présenté à son centre une excavation lardacée, sorte d'ulcération centrale, manifestement cancéreuse. Nous avons voulu vérifier ce caractère chez la malade opérée par M. Jobert, et nous l'avons trouvé d'une exactitude précieuse. Dans ce cas, le cancer existait à l'angle labial du côté droit, le ganglion se présentait vers l'angle sous-maxillaire correspondant. En fixant celui-ci à sa base avec deux doigts d'une main, comme pour le faire saillir, et en le palpant au centre avec le bout du doigt indicateur de l'autre main, nous avons éprouvé la sensation d'un

ramollissement profond, d'une sorte de flexibilité élastique que ne présentent pas les ganglions pleins, qui ordinairement sont durs. Cette sensation, rapprochée mentalement de l'affection labiale, a permis de conclure à la nature cancéreuse du ganglion. L'extirpation a parfaitement confirmé ces prévisions; la tumeur était enveloppée d'un sac sérocelluleux, et n'offrait rien à son apparence extérieure qui le distinguât d'une hypertrophie ganglionnaire simple; mais lorsqu'on l'a divisée elle, a présenté dans son intérieur une cavité à parois lardacées, granuleuses, manifestement cancéreuses. Cette cavité pouvait bien contenir une grosse noisette dans son intérieur; aucun liquide ne la remplissait; la surface externe de la tumeur présentait encore tous les caractères propres aux ganglions lymphatiques hypertrophiés. Après la dissection, les deux moitiés de la tumeur ayant été rapprochées, se sont affaissées par l'évasement des bords de la cavité, absolument comme les deux moitiés d'un kyste qu'on vient de vider et qui s'aplatissent, tout en laissant toujours reconstituer la cavité avec les doigts.

Ce travail ulcératif central des ganglions est d'autant plus digne d'attention qu'il n'avait pas été, à ce que nous croyons, signalé par les auteurs, et que sa connaissance peut recevoir des applications d'un très grand intérêt. On avait cru jusqu'à présent que la matière cancéreuse marchait vers les ganglions par simple absorption et que leur dégénérescence avait lieu en masse comme par l'action d'un ferment. Il paraîtrait cependant que les molécules importées, si toutefois importation il y a, se fixent dans le centre du ganglion et se développent excentriquement en écartant ses parois et en le convertissant mécaniquement en une véritable coque. En ce sens, chaque ganglion cancéreux n'est en réalité qu'un cancer enkysté qu'il importe d'enlever en totalité. On prévoit déjà que dans le début surtout de ce travail, il est impossible d'affirmer avec certitude que le mal n'est point cancéreux, alors même que des topiques antiphlogistiques en auraient fait diminuer le volume, car le centre peut déjà avoir reçu le dépôt malin, tandis que sa masse a pu se gonfler par l'irritation matérielle. Il s'en suit que quand dans une région dont les lymphatiques correspondent avec ceux d'une partie cancéreuse, on rencontre des ganglions hypertrophiés, on peut regarder ces ganglions comme cancéreux, alors même qu'à la dissection ils n'offrent aucune altération appréciable. On prévoit déjà qu'il est impossible de fixer, dans l'état actuel des connaissances, à quelle époque du cancer primitif les ganglions commencent à se gonfler, et quels sont les signes qui dénotent cette invasion. Ce serait là pourtant un problème du plus grand intérêt à résoudre pour la pratique. Il est probable, au surplus, que dans une foule de cancers opérés, qui récidivent dans les ganglions efférents, le germe existait déjà dans les ganglions voisins d'une manière occulte au moment de l'opération. Ordinairement, le mal ne dépasse pas la première rangée voisine des ganglions superficiels, de sorte qu'il est rare que les ganglions cancéreux s'offrent primitivement en très grand nombre, à moins que la surface d'irradiation cancéreuse ne réponde à une région très riche en lymphatiques, comme celle du dos du pied ou de la main, par exemple. Un individu, couché dernièrement à la clinique de M. Velpeau, pour un cancer énorme de plusieurs orteils (nous en avons rapporté les détails), présentait des ganglions innombrables dans toute la jambe, au jarret, à la cuisse, à l'aîne, dans la fosse iliaque, et des symptômes manifestes de diathèse. Il est probable néanmoins que des conglomérations de matière cancéreuse se forment aussi quelquefois dans certains points des vaisseaux lymphatiques eux-mêmes, puisqu'on rencontre de ces tumeurs secondaires dans des régions où il n'y a pas naturellement de ganglions. Toutes ces questions de haute chirurgie sont encore vierges, comme on le voit, au point de vue clinique, malgré qu'elles soient bannales en quelque sorte par leur fréquence désespérante.

Hôpital de la Charité (M. Gerdy).

Tumeurs cancroïdes a la langue. Guérison sans opération. — Un homme, âgé d'une cinquantaine d'années, paysan, d'assez bonne constitution, était entré à l'hôpital de la Charité pour une maladie grave à la langue, datant de dix-huit mois à deux ans. A l'examen, on croyait avoir affaire à une affection réellement cancéreuse; la presque totalité de la langue, surtout sa moitié gauche, était bosselée, dure, douloureuse; sa partie centrale présentait des saillies du volume et de la forme de noisettes, profondes, comprenant toute l'épaisseur de l'organe. La base de la langue paraissait elle-même envahie par l'affection. Plusieurs ganglions hypertrophiés existaient sous la mâchoire, du volume d'un œuf de pigeon; le tissu cellulaire sous-dermique des environs du larynx paraissait lui-même induré. Le malade accusait des douleurs lancinantes dans la langue, et rendait par les crachats une quantité considérable de salive épaisse, filante et fétide. Interrogé sur le commémoratif, le patient n'a pu assurer positivement s'il avait jamais eu la vérole; la forme de l'affection d'ailleurs ne semblait pas celle que produit la syphilis. On a dû, par conséquent, diagnostiquer une maladie cancéreuse, ou tout au moins cancroïde. M. Gerdy a songé à la possibilité de pratiquer la ligature de la langue; mais avant d'en venir à une mesure aussi grave, il a cru devoir essayer divers remèdes résolutifs ou antiphlogistiques, comme moyens préparatoires si non curatifs. Il a donc prescrit des applications répétées de sangsues, des frictions journalières de poudre de calomel sur la langue, l'iodure de potassium intérieurement, des purgatifs, des bains, des cataplasmes émollients. Au bout d'un à deux mois, le malade se sentait mieux; mais l'affection locale persistait à peu près au même degré; cependant elle ne faisait pas de progrès, et l'indication d'opérer se représentait chaque semaine. On suspend l'iodure de potassium, on insiste sur le calomel et les sangsues, toujours les cataplasmes et des gargarismes émollients; l'affection semble perdre un peu en étendue et en dureté; on joint des frictions de pommade d'iodure de potassium sous la mâchoire. Dès lors les ganglions sous-maxillaires ont commencé à décroître, et les tumeurs linguales à diminuer. Aujourd'hui, cinquième ou sixième mois de traitement, le malade est presque guéri, les ganglions et l'induration pré-

trachéale ont disparu, la masse squirriforme de la langue s'est dissipée, les bosses centrales elles-mêmes se sont affaissées et le tout paraît rentrer à peu près dans les conditions de l'état normal. La langue a repris la liberté de ses mouvements ; le malade ne se plaint plus de douleurs ni de salivation ; son teint est parfaitement remonté, et tout fait espérer une guérison durable. Pour compléter la cure, on est revenu à l'usage intérieur de l'iodure de potassium.

— Cette observation offre un très grand intérêt pratique et se prête à des considérations de plus d'un genre. Elle démontre d'abord l'importance d'une médication dynamique bien choisie, même alors que le mal semble irrésoluble au premier aspect. On connaît la prévention extrême de M. Gerdy contre la plupart des remèdes dynamiques ; nous l'avions prié d'essayer chez le malade en question le chlorure d'or que nous avions vu si bien réussir dans un cas pareil entre les mains de M. Robert (Ann. de thér., t. 2, p. 178). M. Gerdy n'a pas paru croire à l'efficacité de ce remède, et c'est plutôt pour satisfaire à certaines formalités reçues qu'à une conviction d'un résultat favorable, qu'il a eu recours aux médicaments ci-dessus. L'action de ces moyens, au reste, est très analogue à celle du chlorure d'or, et il est heureux que cela ait été fait ; car l'ablation même partielle de la langue est quelquefois mortelle : nous en avons vu un exemple il y a peu de jours à la clinique de M. Velpeau. Ensuite, on peut se demander si, dans le cas de M. Gerdy, le mal était réellement cancéreux. Cette question ne peut être résolue péremptoirement dans l'état actuel de la science ; cependant nous serions porté à affirmer que l'affection n'était pas syphilitique, par la raison que la syphilis linguale, lorsqu'elle n'est pas primitive, se rattache à la période dite tertiaire, et offre d'autres caractères. On peut s'en assurer par un exemple de ce cas, que nous reproduisons à dessein dans ce n°. Mais qu'importe, au surplus, une pareille ambiguité, puisque les principes du traitement sont les mêmes dans les deux cas ? Il s'agit toujours en effet d'une médication hyposthénisante à action élective sur le système lymphatique ; or, le calomel, l'iodure de potassium, les sels auriques ne présentent que de légères différences à ce point de vue général. Néanmoins il peut y avoir des raisons particulières pour préférer l'un à l'autre de ces remèdes. C'est ainsi que, dans le cas de M. Robert, le sublimé corrosif et l'iodure de potassium ont échoué, tandis que le chlorure d'or a produit de merveilleux effets ; ce qui, par parenthèse, ne veut pas dire que ces remèdes soient le moins du monde excitants, ainsi qu'on se l'imagine. Ces remarques nous ramènent naturellement aux idées que nous avons émises, il y a quelque temps, sur la médication dynamique générale et locale qui convient aux affections cancéreuses (Ann. de thér., t. 1, p. 443) ; nous y renvoyons le lecteur. On ne saurait trop le répéter : tant que la pratique chirurgicale ne s'élève pas au dessus de l'espèce d'escrime d'amphithéâtre dans laquelle quelques hommes placent toute sa valeur ; tant que les opérateurs ne mesurent la puissance des ressources curatives que par la pointe de leurs bistouris, la chirurgie ne sera qu'une science mécanique imparfaite, une puissance souvent inhabile, parfois nuisible : le fait ci-dessus de M. Gerdy en est une nouvelle preuve.

Abcès dans les gaines des muscles deltoïde et sous-épineux. *Cas rare.* — Un homme, âgé d'une quarantaine d'années, de mauvaise constitution, venait d'être traité dans un hôpital pour une affection grave de l'urètre, lorsqu'il s'est fait recevoir à la Charité pour un gonflement douloureux à l'épaule gauche. A l'examen, M. Gerdy a constaté l'existence d'un abcès dans toute l'étendue de la surface du deltoïde, se prolongeant en arrière sur la moitié inférieure de la face postérieure de l'omoplate, précisément dans l'espace compris entre l'épine de cet os et la ligne oblique suivie par le muscle grand rond, qui est placé, comme on sait, vers le bord inférieur du scapulum. Entre ces deux limites gît le muscle sous-épineux dont la gaîne communique ordinairement avec la gaîne du deltoïde. On comprend déjà que l'espace occupé par ce double sac fibreux est considérable et comprend presque les trois quarts de l'épaule sous forme d'une énorme épaulette. C'est dans cette espèce de besace que la fluctuation se faisait partout sentir. M. Gerdy a parfaitement diagnostiqué la maladie et attaqué la tumeur par une grande incision verticale à la face postérieure et supérieure du bras. Cette incision répond précisément à la limite des deux gaînes, et présente une quinzaine de centim. en hauteur (cinq pouces environ). Une quantité énorme de pus séreux s'est écoulée du scapulum et du moignon de l'épaule ; le doigt, porté dans ces deux voies, est entré en arrière sur tout le plan de la face sous-epineuse de l'omoplate, ou plutôt du muscle sous-épineux, en avant et en haut, sur toute la voûte formée par la masse deltoïdienne. Il a été facile de reconnaître que le pus était borné dans la double enceinte. Cette maladie a offert des caractères d'une gravité réelle ; cependant, grâce à des pansements bien dirigés, à l'aide de mèches et d'une compression méthodique propre à vider le pus, elle paraît marcher vers une terminaison heureuse. Les choses auraient probablement tourné plus promptement vers cette fin, si le malade eût voulu laisser pratiquer deux contre-ouvertures que M. Gerdy lui avait proposées, l'une sur l'omoplate, l'autre à la face antérieure et interne du bras. Cette variété d'abcès est aussi rare que remarquable, nous l'observons pour la seconde fois ; les auteurs n'en ont fait aucune mention spéciale que nous sachions. Dans l'autre cas que nous avons consigné dans ce journal, le pus était borné dans la seule gaîne du sous-épineux, et son diagnostic avait été douteux d'abord. Il est probable qu'à l'état très aigu, le phlegmon dont nous venons de parler peut devenir mortel ; tel était peut-être le cas d'un forgeron athlétique qui succomba, il y a une dizaine d'années, à la Charité (clinique de M. Roux), pour un abcès au moignon de l'épaule. A cette époque, on ne parlait pas encore des abcès des gaînes : aussi le fait resta-t-il inappréci sous ce rapport.

Hôtel-Dieu (M. Roux).

Priapisme. — Un jeune homme robuste, ouvrier sur le port de Bercy, avait été reçu à l'Hôtel-Dieu pour un rétrécissement de l'urètre, suite d'une blénorrhagie qu'il avait essuyée il y a cinq ans. Le rétrécissement était très prononcé, et ce n'est pas sans quelques difficultés que M. Roux est parvenu à le combattre à l'aide de bougies dilatantes de volume progressif fixées en permanence. Dès son entrée, ce patient avait offert un certain état inusité de turgescence des corps caverneux; son pénis était réellement dans un état permanent de demi-érection; quelques élèves le plaisantaient en lui appliquant des comparaisons singulières avec quelques solipèdes. L'ayant interrogé particulièrement, M. Roux a acquis la conviction qu'il s'agissait réellement d'une sorte de priapisme morbide, par suite d'abus vénériens et de *luxuria manuensis*. Peut-être même que son affection chronique de l'urètre avait concouru à la production de cette espèce d'orgasme qui réagissait à son tour sur l'imagination. Cependant, la présence des bougies dans le canal, et ultérieurement, la guérison du rétrécissement, n'ont rien changé à l'état d'hypertrophie érectile du pénis. M. Roux l'a mis en dernier lieu à l'usage de deux pilules anti-aphrodisiaques par jour, composées de la manière suivante : P. camphre 10 centigrammes sel de nitre 10 centig., acétate de plomb et extrait d'opium 2 1|2 centig. de chaque (1|2 grain). Pas d'avantage bien marqué. L'élément principal de cette formule est le camphre; le nitrate de potasse agit aussi dans le même sens, mais sa quantité est trop faible. On ne voit pas assez le but de l'acétate de plomb, et l'on ne comprend pas davantage la présence de l'opium, puisque cette substance est excitante et neutralise d'ailleurs l'action dynamique du camphre et du nitrate de potasse. On pourrait peut-être, dans des cas analogues, tirer parti du camphre à forte dose, comme remède local, soit en le réduisant en pommade à l'aide du jaune d'œuf et l'appliquant sur la verge même; soit, ce qui vaudrait mieux encore, en l'employant en substance dans un sachet de taffetas ciré, dans lequel on enfermerait le pénis et les bourses, à l'instar des anciens peintres grecs, qui s'en servaient avec profit quand ils voulaient conserver le calme de leur imagination en travaillant devant un modèle nu de jeune nymphe. Donné en dissolution dans de l'huile, en lavement, nous l'avons vu réussir comme anti-érectif, dans une opération de fistule pénienne.

Position du moignon de la cuisse amputée. — Les chirurgiens ne s'accordent pas trop sur la meilleure position à donner au moignon, après l'amputation de la cuisse. Dans une amputation de ce genre, que M. Roux vient de faire avec un plein succès, sur un jeune homme presque épuisé par une suppuration organique au genou (tumeur blanche), il a particulièrement insisté à ce que le moignon fût fixé sur un simple drap en plusieurs doubles, au même niveau que le reste du lit et du corps; il penche même à vouloir que le moignon incline plutôt du côté des pieds du lit que du côté du bassin, dans le double but de faciliter l'écoulement du pus et de prévenir la rétraction des muscles de la face postérieure du moignon (biceps, demi-tendineux, demi-membraneux). Comme une preuve de cette dissidence d'opinion, nous citerons un autre exemple d'amputation de cuisse pratiquée la même semaine, dans le même hôpital, par M. Chassaignac, sur un jeune homme qui se trouvait à peu près dans les mêmes conditions que le malade précédent, et chez lequel le moignon a été placé perpendiculairement au plan du lit ou de la ligne médiane du corps. La guérison s'est effectuée tout aussi heureusement. M. Roux a suivi la méthode circulaire; M. Chassaignac, la méthode à lambeaux latéraux.

Hôpital Saint-Louis (M. Jobert).

Des ulcères simples du col utérin. — Boyer avait nié les ulcères simples du museau de tanche, sans doute à cause du peu d'usage du spéculum à cette époque. Rien n'est plus fréquent pourtant, et l'on peut dire que toutes les femmes qui présentent des fleurs blanches, laiteuses ou purulentes, sont le plus souvent atteintes de cette maladie, si elles n'ont pas un cancer. Cinq ou six de ces sortes de malades sont en ce moment dans les salles du service de M. Jobert, où nous avons pu étudier à loisir la maladie au spéculum. Il est si rare, dans la pratique civile, d'avoir à la fois plusieurs de ces patientes sous les yeux; et si difficile, d'ailleurs, de les explorer convenablement, que nous avons trouvé un véritable intérêt dans cette étude d'ensemble. Le mal s'offre sous plusieurs formes quant à l'ulcération, mais il présente chez toutes un même fond, l'hypertrophie du col. Cette hypertrophie précède sans doute l'érosion, et s'accompagne tantôt d'induration, tantôt de ramollissement. Le ramollissement hypertrophique est quelquefois considérable; nous avons vu le col onduler ou plutôt s'enfoncer en quelque sorte sous les attouchements d'un pinceau d'amadou, comme une pomme cuite. Dans cet état, le col ne présente d'ailleurs aucune sensibilité morbide, vu l'absence de nerfs dans son tissu. C'est sans doute consécutivement et par les progrès naturels de la phlogose chronique que les ulcérations se déclarent; elles ont pour siége l'une ou l'autre lèvre, plus souvent la supérieure, quelquefois les deux, fréquemment l'un ou l'autre côté latéral, dans quelques cas tout le pourtour de l'ouverture, dans d'autres, le trajet profond du col, ce qui cache l'érosion par le boursouflement antérieur des bords du museau; mais on peut découvrir l'altération par un mécanisme que nous allons indiquer; voilà pour le siége. Quant à la forme, ces ulcérations sont tantôt de simples aphtes superficielles, placées sur le rebord du museau, de la largeur d'une lentille, en nombre plus ou moins considérables; c'est le cas le plus léger; tantôt ces aphtes s'étendent, se confondent ensemble, constituent une érosion superficielle plus ou moins étendue, de forme géographique plus ou moins irrégulière; la lésion devient déjà alors plus sérieuse, et l'on comprend qu'il n'est pas nécessaire de passer par la forme aphteuse pour arriver à ce point; elle peut se déclarer, en effet, primitivement dans une grande étendue par le seul fait du travail phlogistique. Cette ulcération offre une grande ressemblance avec les érosions larges de la cornée et qu'on appelle: ulcères en croissant, à coup d'ongle, etc.; seulement elle est proportionnellement beaucoup plus large. On pourrait la comparer plus exactement à la surface d'un vésicatoire suppurant; des granulations la couvrent quelquefois; elle laisse aisément suinter du sang, est même infiltrée de sang le plus souvent; aussi son aspect est-il toujours très rouge; les attouchements avec le doigt, avec un pinceau, sont indolores. On peut présumer que les femmes qui saignent aisément à chaque coït ont probablement quelque lé-

sion ulcérative de ce genre. Dans une troisième variété, l'érosion n'est plus une écorchure superficielle, elle est creuse, infundibuliforme ou sémi-sphérique, plus ou moins profonde, très profonde quelquefois. Son fond est plus ou moins sale, sa surface toujours d'un rouge sanguin, infiltrée de sang. L'érosion ressemble alors à certains ulcères creux des jambes, chez des sujets variqueux qui viennent de marcher. Assez souvent cette ulcération ébrèche un côté du museau utérin, près de son ouverture ou à son bord libre, plus souvent à la lèvre supérieure ou vers la commissure latérale gauche. Dans quelques cas, elle affecte tout le pourtour de la face interne du museau, et se creuse une cavité progressive de bas en haut. Il faut toujours se méfier de ces érosions creuses, surtout quand elles font des progrès en profondeur, par la raison que leur nature n'est pas toujours simple, et si elle l'a été, elle peut prendre un mauvais caractère d'un moment à l'autre. En général, on peut dire que l'ulcération est simple tant que sa surface est granuleuse. Pour ce qui est enfin de la quatrième variété, elle ressemble aux deux précédentes quant à la forme, seulement elle est cachée dans le trajet du col. En résumé, nous n'avons observé que trois formes d'ulcérations simples au col utérin : les aphtes, les abrasions ulcératives, les ulcères creux; elles sont toutes hémorrhagiques, surtout les deux dernières, et plus ou moins granuleuses. On doit se méfier des ulcères creux non granuleux. Nous faisons, au reste, abstraction des chancres syphilitiques primitifs ou secondaires du col, ces lésions n'existant pas seules ordinairement et offrant d'ailleurs des caractères spécifiques que nous n'avons pas besoin de rappeler pour le moment.

Les femmes atteintes d'ulcérations simples du col sont ordinairement jeunes ou n'ont que rarement dépassé la trentième année; elles ont pour la plupart fait des enfants ou des fausses-couches, et été sujettes depuis longtemps à des fleurs-blanches abondantes, à des métrorrhagies, ou du moins à des saignements utérins plus que mensuels. Leur constitution est souvent lymphatique, cependant il ne nous a pas semblé que ce cachet fût très prédominant. On voit assez fréquemment en effet l'affection sur des femmes brunes, aux grands yeux noirs, robustes, ardentes, à système pileux très développé, ce qui indique une grande vigueur dans la vitalité de l'enveloppe dermique. Ce sont là peut-être des conditions prédisposantes à l'hypertrophie et, par suite, aux ulcérations, à cause de la faculté congestive du derme, des muqueuses et des organes voisins qui en dépendent, et de la tendance abusive à l'acte générateur; mais il ne s'agit que de simples conjectures. Deux sortes de symptômes sont présentés par les malades en question. D'une part, une leucorrhée lactescente très abondante; de l'autre, des phénomènes consensuels propres à la plupart des affections chroniques de l'utérus, savoir : lassitude dans les membres, douleurs et tiraillement aux reins, aux fesses, aux cuisses, dérangement des voies digestives, inappétence, contraction spasmodique et douloureuse du sphincter anal quelquefois. Ces symptômes amènent une langueur générale plus ou moins fâcheuse.

Le diagnostic ne peut s'établir avec précision sans un examen convenable au spéculum. Le seul toucher est insuffisant; on ne peut à son aide constater tout au plus que l'hypertrophie; encore cette constatation n'est jamais parfaitement claire et circonscrite, quelque exercé qu'on puisse être dans ce mode d'exploration. Pour bien observer au spéculum, nous avons déjà eu l'occasion de dire que ce n'est pas sur le bord d'un lit, ainsi qu'on le fait communément, qu'on peut bien faire; la patiente doit être placée sur une table haute, le siége très élevé, les cuisses très fléchies en arrière, les genoux touchant presque l'abdomen. C'est alors, et alors seulement, qu'on peut bien voir le col, par un grand rayon de lumière naturelle qui tombe au fond du vagin, obliquement de haut en bas. Les lumières artificielles, nous l'avons dit, sont faibles, incommodes et jettent des ombres tellement fortes, qu'elles ne procurent que des perceptions incomplètes ou fausses. Pour bien examiner le col dans toute sa périphérie, on doit se servir d'abord d'un spéculum bivalve, qui, en s'ouvrant, l'embrasse en totalité. On comprend que le spéculum cylindrique d'une seule pièce est incommode dans cette première exploration; car son embouchure ne peut embrasser qu'une partie seulement de la masse hypertrophique. Du muco-pus se présente d'abord sur le col et au bas-fond du vagin; on l'absterge à l'aide de petits pinceaux faits avec de l'amadou mou, et le mal est alors appréciable à l'œil nu. Ce qui frappe d'abord, c'est l'hypertrophie de l'une ou l'autre lèvre, ou de tout le museau; ce sont ensuite les ulcérations qui la compliquent. Lorsque l'hypertrophie se présente avec du pus dans l'ouverture du col, il faut soupçonner une ulcération cachée. M. Jobert découvre cette ulcération de la manière suivante : il retire le spéculum bivalve, introduit le spéculum cylindrique à une seule pièce, y embouche le col hypertrophié de manière à placer l'ouverture du museau de tanche dans le milieu; puis il incline obliquement à droite, à gauche, en bas, en haut, le manche de l'instrument, de manière à faire glisser dans le sens opposé l'ouverture postérieure du spéculum sur le col; il place ainsi une des lèvres du museau sur le bord de l'ouverture du spéculum; il pousse alors l'instrument de bas en haut, et la lèvre utérine se trouve écartée, ce qui s'effectue aisément, vu l'état de ramollissement des tissus, et l'on peut voir ainsi assez loin dans l'ouverture du col. Ordinairement cette manœuvre suffit pour mettre à découvert l'ulcération cachée. Ces ulcérations ne sont ordinairement que très petites (comme une lentille); elles deviennent aussi visibles que les autres pour peu que leur surface s'étende. Quand elles sont simples, elles marchent de l'intérieur à l'extérieur, plutôt que dans le sens contraire.

Quant au traitement, rien n'est plus simple et sûr aujourd'hui. Nous avons vu le mal constamment guérir, dans l'espace de quelques mois, par la médication qu'on suit à Saint-Louis. Il y a là deux lésions à considérer, et dont l'une dépend de l'autre : l'ulcération et l'hypertrophie. S'il ne s'agit que des ulcérations aphteuses : de légères cautérisations au nitrate acide de mercure, ou même au nitrate d'argent, amènent promptement la cicatrisation; reste alors l'hypertrophie qui peut guérir par les moyens ordinaires, si elle n'est pas considérable. Si celle-ci est très prononcée, on a, dès le principe, recours au fer rouge contre les deux lésions. On en fait autant, si le développement du col n'est pas grand et s'il persiste longtemps, si les fleurs blanches se perpétuent, etc. Les autres espèces d'ulcérations sont attaquées au fer incandescent, tantôt par réverbération, en l'y approchant; tantôt, et c'est le plus souvent, par application immédiate sur l'ulcère, de manière à former une escarrhe plus ou moins profonde qu'on répète tous les huit ou quinze jours. C'est ainsi aussi que les anciens attaquaient avec succès les ulcères sordides des jambes. La guérison a lieu dans l'espace de deux, trois, quatre mois; l'amélioration se fait sentir déjà dès la première se-

maine, par la diminution des douleurs et des pertes blanches ou rouges. Il paraît que le calorique concentré amène une telle modification dans les tissus chroniquement malades, que la nature peut se disposer à un travail réparateur. Nous ne saurions trop appeler l'attention sur l'importance des faits ci-dessus, la maladie en question étant excessivement fréquente et désastreuse dans toutes les classes, dans les grandes villes surtout.

Prolapsus de la paroi postérieure du vagin. — On avait établi, dans ces derniers temps, que le prolapsus de la paroi postérieure du vagin entraînait avec lui le déplacement de la portion correspondante du rectum, ce qui constituait un rectocèle. Chez plusieurs femmes qu'il a traitées à Saint-Louis pour des affections diverses de l'utérus, M. Jobert a rencontré cette espèce de prolapsus du vagin, et dernièrement encore sur une autre femme que nous avons examinée avec lui, mais sans y trouver le moindre déplacement du rectum. On comprend au reste pourquoi le rectocèle ne suit pas inévitablement le déplacement de la paroi postérieure du vagin; c'est que ces deux parties ne sont unies que par du tissu cellulaire flasque et susceptible d'allongement, tandis qu'on ne peut en dire autant de la paroi antérieure par rapport à la vessie : aussi le prolapsus de cette paroi n'a-t-il lieu sans cystocèle. Dans l'une et l'autre espèce de prolapsus vaginal, au reste, l'infirmité se présente sous forme d'une tumeur rosacée entre les petites lèvres; elle paraît évidemment constituée par la muqueuse vaginale elle-même et par les tissus sous-jacents. Le prolapsus de la paroi postérieure ne s'accompagne d'aucune souffrance et existe ordinairement à l'insu de la patiente, tandis que le prolapsus de la paroi antérieure occasionne des dérangements vésicaux propres au cystocèle. Ces prolapsus, au surplus, sont extrêmement fréquents chez les femmes qui ont fait des enfants et qui approchent de la quarantième année. M. Jobert ne les traite chirurgicalement que lorsqu'ils constituent réellement une maladie; il a recours à une sorte d'excision régulière suivie de suture, ayant pour but de rétrécir le canal.

Hôtel-Dieu. (M. Chassaignac.)

Ongle entrée dans les chairs. *Procédé expéditif et sûr.* — Un jeune homme a été reçu à l'Hôtel-Dieu pour une affection douloureuse de l'ongle du gros orteil. Non seulement cet ongle était enfoncé d'un côté ou des deux dans les chairs, mais encore sa matrice était malade. M. Chassaignac répugne avec raison d'opérer la simple introduction de l'ongle dans les chairs, puisqu'il suffit assez souvent d'en soulever le bord enfoncé et de le maintenir dans cet état au dessus des chairs, à l'aide d'un peu de coton, pour en obtenir la guérison. Cependant il est des cas où ce moyen est insuffisant et il faut alors avoir recours à l'arrachement de l'ongle et à l'oblitération de sa matrice. C'est alors que cet organe est malade. Tel était le cas de ce jeune homme. On sait que des pratiques diverses ont été proposées dans ce but; M. Chassaignac a adopté la suivante et il en obtient des succès constants et expéditifs. Il arrache l'ongle à l'ordinaire, c'est-à-dire, il le fend d'abord dans son milieu d'avant en arrière à l'aide de ciseaux droits, il saisit et arrache brusquement chaque moitié par son milieu avec une pince à dissection. Cette première incision est, comme on sait, extrêmement douloureuse, surtout au moment de l'introduction forcée de la lame des ciseaux sous l'ongle. Pour faciliter cette introduction, M. Chassaignac fraie la voie aux ciseaux avec une lame de bistouri pointu, qu'il glisse préalablement à plat sous l'ongle, ce qui donne une plaie nette et moins douloureuse, les ciseaux étant par eux-mêmes plus ou moins contusifs, comme on sait. Dans le même but de rendre la douleur le moins vive possible, il lie auparavant la base de l'orteil avec un petit lacq fortement serré, ce qui engourdit la sensibilité. L'arrachement étant opéré, reste l'oblitération de la gouttière périphérique ou de la matrice. M. Chassaignac fait pour cela usage d'un peu de pâte calcéo-potassique (pâte de Vienne), qu'il place sur toute la surface laissée saignante par l'ongle; il insinue cette pâte avec une spatule sous tout le bord dermique de la gouttière et l'y maintient quelques minutes jusqu'à ce que toute la surface paraît mortifiée. L'opération est alors terminée. Le pansement consiste à couvrir le bout de l'orteil avec une multitude de petites bandelettes étroites de diachylon, imbriquées les unes sur les autres, comme dans les pansements par occlusion. La guérison est complète ordinairement dans 8 à 10 jours. Le jeune homme en question n'a pas donné de signes d'une douleur extrêmement intense.

— On a considérablement inventé de procédés pour une opération aussi minime. On y attache cependant de l'importance, surtout dans les hôpitaux militaires où l'on est très souvent obligé de la pratiquer. A part les questions relatives à l'opportunité dont nous avons dit un mot, le point essentiel, après l'arrachement, est la destruction de la gouttière sécrétante. Dupuytren l'excisait d'arrière en avant avec le bistouri; cela peut être dangereux à cause du voisinage de l'articulation (Robert). M. Roux est resté fidèle au procédé de Boyer, qui consiste à comprimer, à aplatir la gouttière à l'aide d'un bandage approprié, dans le but de l'oblitérer par un travail de phlogose adhésive. Ce bandage cependant se relâche aisément et ne donne pas un résultat satisfaisant, constant. M. Robert fait usage de la pierre infernale qu'il promène de temps en temps dans la gouttière de la matrice. Peut-être trouvera-t-on inutile de cautériser avec la pâte de Vienne toute la surface laissée saignante par l'ongle, mais il est facile de comprendre que, comme moyen destructeur de la matrice, rien n'est plus propre que ce caustique pour agir efficacement dans toutes les sinuosités du repli sécréteur; l'opération est terminée en un instant et on n'a pas à y revenir. Sous le double rapport de la prompte efficacité et de la solidité de la guérison, le procédé que nous venons de décrire se recommande donc à l'attention des praticiens.

Double fracture du fémur et paraplégie. — Un individu, dont nous avons précédemment donné l'histoire, avait essuyé une fracture de plusieurs vertèbres dorsales par les décombres de la voûte d'une cave, sous lesquels il avait été enseveli. Son fémur gauche avait été en même temps fracturé en deux points, vers son tiers supérieur et

vers son tiers inférieur. Les deux membres abdominaux étaient restés paralysés par le fait de la compression de la moelle épinière. Ces membres persistent encore dans le même état aujourd'hui, deux mois environ après l'accident. La double fracture du fémur n'avait été qu'à peine contenue par un léger bandage, vu l'état grave dans lequel le malade s'était trouvé par suite de la formation d'escarrhes au sacrum et de la faiblesse extrême qu'il avait éprouvée. Malgré cet état de choses, la double fracture s'est parfaitement consolidée sans difformité, et dans le temps ordinaire de la guérison des fractures. D'où M. Chassaignac a cru pouvoir conclure que non seulement la paralysie n'est pas un obstacle à la consolidation des fractures, mais encore facilite une réunion sans difformité, par l'absence d'actions musculaires capables de produire des déplacements. Cette observation et la réflexion qui s'en est suivie a paru intéressante à M. Blandin à qui M. Chassaignac l'a communiquée, en lui faisant examiner le malade. Pour diminuer, autant que possible, les effets de la compression de la moelle épinière, M. Blandin a conseillé à ce malade de rester couché sur le ventre, ce qui l'a effectivement soulagé. On comprend en effet que, par cette position, le poids du corps ne porte pas sur les vertèbres fracturées, etc.

Hôpital de la Charité (M. VELPEAU).

HYPERTROPHIE DU SYSTÈME LYMPHATIQUE CHEZ L'ADULTE. *Cas rare.* — Une femme de la campagne, âgée de trente et quelques années, a été reçue à la clinique pour être traitée d'une multitude de tumeurs lymphatiques qu'elle présente dans presque toutes les régions du corps où l'on rencontre naturellement des ganglions, savoir : aux aisselles, aux aînes, au cou, aux coudes, aux jambes, sur le tronc. Elle offre dans toutes ces régions des masses, des groupes, des chapelets de ganglions hypertrophiés, de volume variable depuis une amande jusqu'à un œuf de poule. Ces tumeurs roulent sous la peau, sont indolores, sans changement de couleur à leur surfaee. Cette affection ne s'est déclarée que depuis deux ans, sans cause appréciable. Auparavant, la femme avait toujours joui d'une excellente santé ; elle est d'ailleurs robuste, ne souffre nulle part, si ce n'est que sa langue est blanche et ses voies digestives quelquefois dérangées depuis quelque temps. La patiente dit avoir maigri, bien qu'elle présente encore un embonpoint assez prononcé; sa peau offre une teinte légèrement jaunâtre sans être ictérique ; des sueurs abondantes la nuit depuis quelque temps. Aucun membre de sa famille n'a éprouvé à sa connaissance rien de pareil, et l'on ne voit pas dans le pays qu'elle habite des sujets atteints de la même affection. Le lieu de son habitation est d'ailleurs bien aéré, et elle passait ses journées à travailler en plein air dans les champs. M. Velpeau n'a conservé cette malade à la clinique que comme sujet d'étude, il l'a soumise à l'usage de l'extrait de noyer depuis deux mois environ, mais aucun changement favorable ne s'est opéré, et la santé de la patiente semble plutôt décliner.

— L'on connaît si peu les maladies du système lymphatique, que l'on doit enregistrer avec empressement les faits du genre de celui-ci. Ce qu'on caractérise de scrofule chez l'enfant est une maladie complexe qu'on ne saurait confondre avec la précédente. On ne trouve chez cette femme qu'une hypertrophie ganglionnaire générale, les séreuses sont en bon état; le système osseux ne présente aucune altération; pas de cordons noueux d'ailleurs dans la direction des vaisseaux lymphatiques comme dans certains érysipèles. L'état actuel des connaissances ne permet d'y voir autre chose qu'une ganglionnite générale, mais il ne s'agit peut-être pas là d'une scrofule véritable, puisque la constitution n'en offre pas les caractères. Si ce diagnostic est exact, les remèdes hyposthénisants, dont l'action élective porte sur le système lymphatique, seraient parfaitement indiqués, tels seraient par exemple le calomel et la ciguë. Il n'est pas improbable, au reste, que l'autopsie complète plus tard cette intéressante observation. On avait présumé que le cancer n'était en origine qu'une lymphite chronique. Pourquoi donc cette femme n'a-t-elle pas des cancers?

Hôtel-Dieu (M. BLANDIN).

ETYOLOGIE DES POLYPES MUQUEUX.—Une femme agée de 35 à 40 ans, avait été opérée à l'Hôtel-Dieu, il y a 18 ans, par M. Breschet, de polypes muqueux qu'elle portait dans une narine. Elle en a été guérie. Aujourd'hui, la même affection s'est déclarée dans la narine du côté opposé, et c'est ce qui a fait entrer la patiente à la clinique de M. Blandin. Interrogée sur son état antérieur de santé, cette femme a déclaré qu'elle avait été dans son enfance sujette à des épistaxis, longtemps avant la déclaration des premiers polypes. Les suites des détails de ce fait n'offrent rien à noter; nous les omettrons en conséquence en faveur des considérations générales qu'il a fourni à M. Blandin. — Ce praticien a appelé l'attention sur l'importance de ces saignements de nez, antérieurs à la déclaration des polypes. Cette circonstance indique en effet un état congestif habituel de la muqueuse nasale et de son tissu cellulaire sous-jacent: de là des conditions propres à la formation des végétations polypeuses. Si l'on disséque ces sortes de végétations, on ne trouve que des masses amorphes, presque gélatineuses ; à peine distingue-t-on parfois quelques rares vaisseaux injectés à leur surface; on les dirait principalement formés de tissus sous-muqueux, gonflé passivement par la partie séreuse du sang. Cependant ils saignent aisément, comme on sait, ce qui tient probablement à l'état congestif habituel de la muqueuse elle-même. On sait que Delpech leur accordait une autre origine; il les regardait, lui, comme de véritables excroissances périostales, ce qui n'est au reste qu'une simple conjecture, car l'anatomie pathologique n'a pas encore dit son dernier mot à cet égard. Quoi qu'il en soit, M. Blandin ne considère pas moins les polypes muqueux comme des résultats immédiats d'extravasations sanguines interstitielles de longue date. Les corps fibreux utérins eux-mêmes (polypes ordinaires) ne seraient, d'après le même praticien, que des productions de la même origine, malgré que leur apparence anatomique fût bien différente dans les deux cas. Au nez, c'est la partie séreuse seulement qui infiltre les tissus, qui ramollit, épaissit et fait bomber passivement la muqueuse sous forme de sac flasque et pendant; tandis que dans l'utérus, l'extravasation sanguine, l'hémorrhagie interstitielle s'enkyste dans les aréoles du tissus de la ma-

trice, à l'instar d'un véritable caillot apoplectique; la partie séreuse et la partie colorante disparaissent à la longue, et l'élément fibreux se concrète, s'isole et forme un noyau très petit d'abord, puis il croît par addition successive de la matière sécrétée par le kyste lui-même. Telle est la doctrine étiologique professée par M. Blandin. La conséquence pratique à déduire c'est que les épistaxis veulent être surveillées au point de vue de la formation possible de polypes dans les fosses nasales. Il va sans dire que cette étiologie n'est point applicable aux polypes d'un autre genre qui naissent dans ces régions.

PROPOSITIONS CLINIQUES.

Cancer. — D'après M. Roux, lorsqu'une plaie qui résulte de l'ablation d'un cancer au sein présente, à l'époque du bourgeonnement, de petites taches grisâtres ou marbrées, lesquelles paraissent et disparaissent une ou plusieurs fois, on peut être certain que le mal récidivera dans une époque plus ou moins éloignée. Ces taches n'ont été signalées pour la première fois que par Boyer; elles n'empêchent pas le bourgeonnement de marcher heureusement, avec les meilleures apparences vermeilles, vers la guérison; mais elles constituent un signe avant-coureur de mauvais présage. Dans sa longue expérience, M. Roux n'a pas observé un seul cas de ce genre qui n'ait pas été suivi de récidive à la longue. On en voit un exemple en ce moment dans son service à l'Hôtel-Dieu. La raison de ce phénomène nous échappe complétement dans l'état actuel de la science.

Varices. — Les varices qui deviennent douloureuses constituent une maladie fort incommode, et quelquefois même une affection sérieuse, ainsi que le sont toujours les phlébites. M. Velpeau combat cet état par le repos et les frictions de pommade mercurielle. Un homme, qui est en ce moment à la Charité pour des masses énormes de varices très douloureuses à la jambe et à la cuisse, s'est trouvé parfaitement de ce traitement.

Ictère non hépatique. — Il y a cette différence entre l'ictère hépatique et celui qui est indépendant du foie: c'est que le premier s'accompagne d'une coloration jaune de la conjonctive oculaire et d'un véritable mélange de bile dans l'urine, reconnaissable à la teinte qu'acquiert le linge blanc qu'on trempe dans ce liquide. Dans l'ictère non hépatique, la conjonctive est pâle au contraire. Cette jaunisse se rattache ordinairement à des pertes excessives de sang (métrorrhagies répétées par exemple), ou à une diathèse cancéreuse. D'après M. Velpeau, on peut, jusqu'à un certain point, reconnaître à la simple inspection oculaire si la teinte ictérique de la peau dépend de l'une ou de l'autre de ces causes. En cas de cancer, le visage est non seulement jaune, mais aussi amaigri; tandis qu'en cas de pertes sanguines, le visage est au contraire bouffi.

Fissure à l'anus.—La division sous-cutanée du sphincanal, que M. Blandin a mis depuis longtemps en usage, à l'Hôtel-Dieu, pour la guérison de la fissure, a déjà donné d'excellents résultats que nous avons fait connaître. On a cependant révoqué en doute ces résultats, et l'on a cité le cas d'un jeune homme, qu'on disait être sorti de l'Hôtel-Dieu comme guéri pour aller se faire réopérer dans un autre hôpital. C'est une erreur complète, M. Blandin ayant revu et réexaminé le patient qui continue à se bien porter et qui n'a pas eu besoin de nouveaux secours, puisque la fissure est restée parfaitement guérie. Il y a peu de jours, la même opération a été pratiquée par M. Blandin sur un homme qui souffrait horriblement, même de l'échappement des gaz. A l'instant ses souffrances ont disparu; la défécation s'exécute sans douleur, dès le jour même. Reste la cicatrisation de l'ulcération de la muqueuse qu'on obtient à l'aide de la cautérisation avec le nitrate d'argent. Une ecchymose assez large s'est formée à la fesse, par suite de l'action sous-cutanée du bistouri. Il y a peu de jours, M. Jobert a guéri également, en 48 heures, un individu d'une maladie pareille, à l'aide du seul ébarbement de la portion fissurée de la muqueuse, exécuté en un instant avec des pinces à dissection et des ciseaux courbes. Ces deux méthodes se recommandent donc au même titre.

Kystes hydatiques du poignet. — D'après M. Chassaignac, quand on a opéré ces tumeurs par l'injection iodée, on peut prédire que leur guérison est assurée dès le moment où le liquide reproduit présente une fluctuation comme empâtée, obscure, épaisse. Cela indique en effet la présence d'une lymphe coagulable et adhésive; c'est ce qu'on remarque en ce moment chez l'opéré de l'Hôtel-Dieu, dont nous venons de parler.

Orchite. — La raison pour laquelle la substance propre du testicule s'enflamme difficilement est toute anatomique. D'une part, ses artères sont très fines, tandis que ses veines sont comparativement très grosses; de l'autre, ses vaisseaux artériels et veineux sont extrêmement flexueux, ce qui rend extrêmement lente la circulation et prévient ainsi les congestions actives: mais, par la même raison, les phlébectasies testiculaires sont très faciles (A. Cooper).

Du traitement interne de la gangrène spontanée; *par M. Brodie.* — Dans une leçon clinique sur la gangrène, M. Brodie vient d'émettre les remarques suivantes, relativement au traitement interne qui convient à cette maladie: « Ce traitement doit varier selon les cas. Tantôt l'état de la constitution réclame les antiphlogistiques, tantôt les stimulants. Dans ce dernier cas, c'est une question de savoir si les toniques sont utiles ou nuisibles. Le quinquina avait autrefois la réputation de guérir la gangrène; d'autres toniques ou stimulants ont aussi été employés. Le résultat de mon périence tend à démontrer que ces remèdes sont d'un faible avantage, tant que la mortification est en proprès, et que l'emploi du quinquina, dans cette période, est plutôt nuisible qu'utile. L'estomac, en effet, ne digère pas ce médicament, il se charge par cette action, et les aliments ne passent plus. Quelques praticiens sont dans l'habitude de prescrire l'ammoniaque; c'est un stimulant passager et qui semble soulager pour le moment; mais le vin, administré avec prudence, est préférable, plus efficace, sa stimulation étant plus durable. J'avoue qu'après avoir donné moi-même l'ammoniaque, et l'avoir vu donner par d'autres, je n'ai pas trouvé qu'il rendait de grands services; j'ai observé que son usage continué affaiblissait la constitution; l'introduction de cet alcali dans l'économie produit en effet, à la longue, une débilitation pareille à celle de tout autre alcali; mais, après que le travail mortificateur s'est arrêté, que les escarrhes sont tombées, les indications ne sont plus les mêmes. Le quinquina rend alors d'éminents services, il relève les forces du patient pendant le travail de suppuration, et je pense que, dans ce cas, l'écorce péruvienne est préférable au quinine. Ce dernier paraît plus particulièrement indiqué quand il s'agit de combattre une fièvre intermittente ou une affection névralgique; mais comme simple tonique, comme moyen propre à dissiper certaines faiblesses constitutionnelles qui accompagnent les maladies, l'écorce produit de meilleurs résultats. » (Medical Times.)

BULLETIN OPHTHALMOLOGIQUE

DES HOPITAUX.

Plaie grave a l'oeil. Coloboma. Pourriture d'hôpital (M. Jobert). — Un ouvrier, âgé de 40 ans passés, rentre ivre un soir chez lui, et, en l'absence de sa femme, il se met en devoir de préparer son dîner; il tombe et se frappe l'œil droit contre le bord d'une soupière. Sa paupière supérieure a été fendue vers son tiers interne dans toute sa hauteur, jusqu'à l'os frontal qui s'est trouvé en partie dénudé; la cornée a été largement ouverte, et les humeurs de l'œil se sont échappées; la vue de ce côté a été éteinte sur-le-champ. Le malade s'est fait recevoir à l'hôpital St-Louis. A l'examen, deux ou trois jours après, on observait les conditions suivantes : La paupière supérieure s'offre à l'état de coloboma très prononcé; les deux lambeaux sont très écartés entre eux et laissent une fente triangulaire à large base. Le globe oculaire est très gonflé, saillant, phlegmoneux, et la cornée, à l'état de suppuration, n'est plus qu'un disque blanc et opaque comme dans les cas malheureux d'opération de cataracte. La coque sclérotidienne paraît remplie d'un liquide de nouvelle formation. M. Jobert a fait saigner le malade plusieurs fois, il n'a pas réuni de suite les deux lambeaux de la paupière, crainte d'accident du côté du frontal dénudé, se proposant bien de tenter plus tard cette réunion comme un bec-de-lièvre ordinaire. Quelques jours après, le malade a accusé des douleurs intenses, saccadées dans la paupière et dans l'œil, signe avant-coureur ordinaire de la pourriture d'hôpital; bientôt, en effet, la cornée et les bords du coloboma ont paru couverts de taches cendrées, sortes de fausses membranes parcellaires, mollasses, qui sont propres à la pourriture endémique des salles de cet hôpital. On les a d'abord cautérisées à l'aide de proto-nitrate acide liquide de mercure; mais, le mal ayant fait des progrès, on l'a attaqué à l'aide du fer incandescent, et la pourriture a été arrêtée. Il en est résulté une escarrhe noire sur cet œil exorbité, suppurant et dénudé, ce qui a donné à ces lésions une mine presque effrayante. On s'est gardé, bien entendu, d'appliquer le fer sur la portion dénudée du frontal. Les suites de ces diverses blessures sont déjà faciles à prévoir. Ce qui rend surtout le fait intéressant et rare, c'est la circonstance de la pourriture et du remède qu'elle a réclamé à l'œil.

Belladone (M. Chassaignac). — Pour rendre plus facile et plus abondante l'absorption de l'extrait de belladone, M. Chassaignac a eu l'idée de suivre la méthode endermique déjà adoptée pour d'autres substances, à l'aide de la dénudation du derme. Il a donc fait appliquer un vésicatoire au front, enlever l'épiderme et panser l'excoriation avec de l'extrait en question, mêlé à un peu de cérat. C'était dans deux cas d'iritis avec capsulite et rétrécissement obstiné de la pupille que ce mode d'application a été fait. Déjà le même extrait avait été frictionné sur l'épiderme des alentours de l'orbite sans produire de dilatation. L'effet a été tellement énergique, qu'il en est résulté des symptômes d'atropisme très prononcé; les malades ont éprouvé de la sécheresse à la gorge, des vertiges, des allucinations, un subdélirium et quelques contractions involontaires dans les membres. Ces phénomènes, sans être alarmants, ont dû appeler l'attention de l'interne de garde, ils n'ont duré qu'une partie d'une journée et d'une nuit, ils se sont dissipés d'eux-mêmes. La pupille est restée dilatée pendant quelques temps, puis elle s'est resserrée un peu, mais pas au point où elle était avant l'usage du médicament; de sorte que la médication a été réellement utile. On comprend déjà que ce mode de prescription de la belladone exige de la circonspection et qu'il est alors convenable d'affaiblir le remède en le mêlant à des proportions plus ou moins considérables de graisse, selon l'effet qu'on veut obtenir. Nous avons déjà observé ces mêmes effets de la saturation belladonique sans faire usage de vésicatoire; l'extrait réduit en pommade s'absorbe mieux qu'à l'état pur, car on peut le frictionner aisément sur une grande surface. Nous en avons facilement arrêté les effets à l'aide d'une boisson vineuse et de quelques pilules d'opium.

Leucome ulcéré. Cas rare (M. Velpeau). — Un jeune homme, âgé de 21 ans, domestique, de constitution assez grêle, avait, il y a sept ans, souffert d'une ophthalmie unilatérale, pour laquelle il avait été traité à l'hôpital Beaujon. D'après les restes de sa maladie, il a été facile de reconnaître qu'il avait essuyé une kératite ulcérative grave, puisqu'on voyait à la partie inférieure et interne de la cornée un leucome épais, de la largeur et de la forme d'une lentille. Il s'était bien porté depuis, lorsqu'il a été saisi de nouveau de phlogose oculaire, il y a cinq jours. On lui a de suite appliqué des sangsues à la tempe et posé un vésicatoire à la nuque. Ces moyens ne l'ayant pas soulagé, il s'est fait recevoir à la clinique. A l'examen, on trouve, d'une part, un état nuageux vague dans les couches profondes de la cornée, qu'on peut caractériser d'hydrocapsulite (phlogose de la séreuse de la chambre antérieure); la surface antérieure de l'iris paraît partager cette affection; le petit cercle de l'iris est rouillé et mat, c'est-à-dire congestionné; la cristalloïde antérieure est opaque et semble adhérer d'ancienne date au bord pupillaire; d'autre part, on voit à l'extérieur (et c'est là le point remarquable de cette observation) l'ancien leucome, dont nous venons de parler, profondément enflammé et ulcéré; il est en effet entouré d'une ceinture vasculaire, rouge, vivace, boursouflée, d'apparence charnue, empiétant sur la tache elle-même; et, en outre, celle-ci est ramollie, facetée, manifestement ulcérée. M. Velpeau a prescrit du calomel, 3 décigrammes (six grains) en trois prises; un vésicatoire volant sur le front, un collyre à 10 centig. de nitrate d'argent. Le calomel sera continué à dose progressive jusqu'à la salivation; si le dévoiement survient, on ajoutera de l'opium au calomel; si le mal résiste à ces moyens, on remplacera les vésicatoires par un séton à la nuque et par un emplâtre stibié entre les épaules; si le collyre ne semble pas produire un bon effet, on en prescrira un autre belladonisé. Lorsque la salivation aura été déclarée, on cessera le calomel et l'on aura recours à l'eau de Sedlitz. Telles sont les données de la médication que M. Velpeau prescrit ordinairement contre la kératite ulcéreuse, et il est rare que l'amélioration se fasse longtemps attendre, surtout après la déclaration de la salivation.

— M. Velpeau attache une grande importance à la salivation mercurielle dans le traitement des maladies inflammatoires des yeux; on voit en effet l'œil blanchir aussitôt que les gencives s'affectent, ce qui ne veut pas dire qu'il y a là révulsion. Cette pratique est, comme on sait, très commune en Angleterre; Demours l'avait adoptée lui-même, et d'autres l'avaient recommandée en France après lui (Voyez plusieurs mémoires sur ce sujet dans les Transactions médicales de Paris). Le résultat étant constant, il importe donc d'en tenir compte, quelle que soit la théorie qu'on adopte quant à l'explication. On vient de voir, au reste, que ce moyen n'est pas seul employé et que son administration réclame diverses modifications selon les cas. Disons enfin que l'observation ci-dessus se présente dans l'ordre des cas rares, à cause de l'ulcération du leucome et des apparences singulières de la vieille tache entourée d'un bourrelet rouge et facetée à son milieu.

TOXICOLOGIE.

NOUVELLES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR L'ACTION DYNAMIQUE

DE L'ACIDE ARSENIEUX CHEZ LES CHEVAUX

PAR M. ROGNETTA (V. le dernier n°.)

§ II. **Deuxième série.** — Dans cette série, nous abordons plus directement la question clinique. Nous avons voulu mettre en présence les deux méthodes : le traitement antiphlogistique ou nitré, et la médication stimulante. Quelle que soit l'opinion qu'on se forme des résultats de chaque mode de traitement, les faits que nous allons exposer n'en resteront pas moins comme des documents précieux pour la science.

Première expérience (8 nov. 1840). N° 1. (*Effets de 3 gm. d'arsenic. Traitement antiphlogistique et nitré*). — Cheval entier, gris, tacheté de fauve, hors d'âge, taille 1 m. 40. Pouls 40. Respiration 12. — A 11 h. 5 m. du matin, on administre 3 gm. d'acide arsénieux dissous dans 750 gm. d'eau distillée. — A 11 h. 3/4, saignée de 2 kilog. Déjà l'animal commençait à éprouver des tremblements musculaires et des crispations à la lèvre supérieure. — A 12 h. 10 m., on donne 32 gm. de nitre dans 5 bouteilles d'eau. — A 2 h., nouvelle saignée de 2 kil. — A 2 h. 1/2, pouls 116, resp. 46. — A 2 h. 3/4, on donne 16 gm. de nitre dans 4 bouteilles d'eau. — A 3 h., l'animal fiante mou. — A 3 h. 10 m., pouls très petit, très vite, 150 pulsations ou plus par minute. — A 3 h. 1/2, administration de 16 gm. de nitre dans 4 bouteilles d'eau. Il n'a pas uriné. — A 4 h. 3/4, mort, après quelques mouvements convulsifs aux membres seulement, et après avoir salivé — *Autopsie immédiate*. Estomac, membrane du sac droit pâle ; membrane de l'intestin grêle très colorée ; membrane du cœcum pâle ; point de liquides ni d'écume dans les poumons ; un demi-litre d'urine à peu près dans la vessie ; foie, rate, cœur, à l'état normal.

La durée de la vie n'a été que de 5 h. 3/4 chez cet animal. Il est remarquable que 110 gm. (3 onces 1/2) de nitre et 17 bouteilles d'eau n'ont pu le faire uriner une seule fois ; il est même douteux qu'il se soit sécrété de l'urine, puisque le peu de liquide qui existait dans la vessie pouvait s'y trouver avant l'administration du remède. Comment auriez-vous fait, vous, M. Orfila, pour faire uriner ce patient? Vous venez nous dire : « L'animal est mort parce qu'il n'a pas uriné. » La belle raison ! Nous pouvons, nous, vous répondre à notre tour : Il n'a pas uriné parce qu'il est mort ; ce qui veut dire que la sécrétion urinaire, quand elle a lieu, indique une guérison déjà accomplie et non un moyen de guérison ; car cela suppose une réaction salutaire : or, ce n'est pas un remède hyposthénisant, comme l'eau nitrée, qui peut la produire. Le raisonnement de M. Orfila se réduit, comme on le voit, à cette formule qu'un médecin de l'antiquité adressait à tous ses morts : « Il est mort parce qu'il n'a pas voulu m'écouter de bien manger et boire, il ne serait pas mort, s'il eût continué à manger et boire, comme je le lui avais conseillé ! »

N. 2. (*Effets de 3 gm. d'ars. Traitement alcoolique.*) — Cheval hors d'âge, alzan, entier, taille 1 m. 35 c., toussiculeux (catarrhe chronique), pouls 40, resp. 10. — A 11 h. 10 m., on administre 3 gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau. A midi et demi, on donne un mélange d'un demi-litre d'eau-de-vie, autant de vin et autant de bouillon. Déjà des tremblements s'étaient déclarés dans diverses régions. Il a fianté mou deux fois. — A 1 h., il a fianté liquide abondamment. — A 1 h. 1/4, même potion alcoolique ; il s'en est perdu un peu. Il rend par les narines une assez grande quantité de la potion ; la respiration est devenue de suite embarrassée, très pénible. L'animal vomit par le nez un liquide écumeux. Ces phénomènes instantanés ont fait de suite comprendre que le palefrenier qui avait administré le médicament s'était trompé, et avait fait passer le liquide dans les bronches. Aussi l'animal est-il mort une demi-heure après. L'autopsie a fait constater l'exactitude du diagnostic. Les bronches étaient remplies en effet de bouillon alcoolisé. Le sac droit de l'estomac est très rouge, ecchymosé. Intestin grêle et cœcum légèrement rouges. Il existe un demi-litre environ d'urine dans la vessie.

N. 3. (*Trois gm. d'ars. Pas de traitement.*) — Cheval hongre, bai-brun, marqué en tête, hors d'âge, très vieux, taille 1 m. 34 c. Pouls 28, resp. 10. — A 11 h. 20 m., on donne 3 gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau. Il a toussé en prenant ce breuvage. — A 2 h. 1/2, pouls 35 à 36, assez plein. — A 4 h. 1/2, pouls idem. Le cheval a mangé demi-kil. de foin et une jointée d'avoine. — A 8 h. 1/2, pouls fort, 88 ; peau chaude. L'animal mange la paille qu'il a sous les pieds. Plus de tremblements. On lui présente une poignée de paille qu'il mange avec appétit. — Le lendemain, 9 nov., à 7 h. du matin, pouls vite, assez fort ; le cheval refuse de manger et de boire. On ne l'a pas vu uriner. Le reste de la journée il a refusé de manger et de boire. Le pouls s'est accéléré, mais il est devenu plus petit. — A 8 h. du soir, pouls 95. Tout le jour, le cheval a été au bout de la longe, la tête basse. Il s'est couché vers le milieu du jour, et le soir à 7 h. 1/2. Il a offert quelques symptômes de colique, il a gratté du pied et regardé son ventre. — Le 10, à 7 h. du matin, pouls vite, petit ; respiration accélérée. Ces symptômes se sont de plus en plus aggravés dans la journée. Il a constamment refusé de boire et de manger. Il s'est couché plusieurs fois sans se plaindre. Il regardait son ventre de temps en temps. — A 9 h. 1/2 du soir, diarrhée verdâtre ; il regarde souvent son ventre. Le 11, à 7 h. 1/2 du matin, la diarrhée continue. Pouls très vite, très petit ; respiration accélérée, quelquefois plaintive ; souffle nasal très sensible. L'animal regarde souvent son ventre. A 1 h., il a uriné abondamment (7 litres d'urine environ). La diarrhée a continué toute la journée. — A 4 h., le cheval est tombé. — A 6 h. 1/2, mort, sans convulsions. La durée de la maladie a été de trois jours et demi.

L'accident arrivé chez le cheval n° 2, nous a empêché, dans cette expérience, le parallèle des deux méthodes. Le fait du n° 1 cependant nous reste dans toute sa valeur, et nous le reprendrons plus loin en sous-œuvre. En partageant les trois chevaux de cette expérience, comme en vient de le voir, nous voulions par le n° 3 confirmer un fait établi, il est vrai, dans la série précédente, mais dont l'exactitude aurait pu être contestée à la rigueur, savoir : que 3 grammes d'acide arsénieux dissous dans 750 gm. d'eau étaient réellement une dose suffisante pour tuer un cheval qu'on abandonnerait sans traitement. Ce résultat est

donc important au point de vue de la question que nous avions voulu résoudre, savoir déterminer le minimum de la dose mortelle. Le cheval du n° 3 a vécu trois jours et demi; cependant nous ne pourrions encore dire quelle est la durée moyenne de la vie par cette dose. Il aurait fallu pour cela répéter un assez grand nombre de fois la même expérience et prendre un terme moyen ; mais outre que cela nous éloignait de notre but, la dépense était trop considérable pour nous laisser entraîner à une pareille solution. Si l'on compare maintenant le n° 1 au n° 3 sous le rapport de la durée de la vie, il en ressort une différence tellement grande que l'on ne peut s'empêcher de regarder comme tout à fait meurtrière la méthode des boissons nitrées et de la saignée. Faisons enfin remarquer que le n° 3 a uriné abondamment malgré qu'il n'eût pas été traité; pourtant il est mort. Si on l'eût abreuvé de nitre, M. Orfila se serait écrié que sa méthode fait merveilles. Eh! oui, elle fait merveilles, puisqu'elle tue en cinq heures un animal qui vivrait trois jours.!!

Deuxième expérience (15 nov. 1840). — **N° 1.** (4e **de la série.**) 3 *gm. d'arsenic. Traitement nitré.* — Cheval gris, hors d'âge (14 à 15 ans), taille 1 mètre 46 centimètres, hongre. Resp. 11, pouls 36. — A 9 heures 25 minutes, on administre 3 gram. d'acide ars. dans 750 gram. d'eau.— A 11 h. 1/4, on donne un litre d'eau nitrée. (Cette eau avait été préparée avec 180 gram. de nitre (6 onces) et 18 litres d'eau). On ajoute 1/4 de bouteille d'eau de Seltz dans chaque prise. — A 11 h. 20 m., pouls faible, respiration 20. — A 11 h. 45 m., excréments liquides. — A midi, diarrhée abondante, tremblements généraux. — A 1 h., même dose d'eau nitrée et d'eau de Seltz. — A 3 h., même dose. — A 3 h. 1/2, évacuations moins liquides. — A 3 h. 44 m., nouvelle évacuation alvine molle. Pouls 47, filiforme.—A 4 h. 44 m., six litres d'eau nitrée et 1/4 de bouteille d'eau de Seltz. Diarrhée abondante. Tremblements musculaires aux jambes. — A 7 h. du soir, le cheval est tombé. — A 7 h. 45 m., mort sans agonie bien pénible.

La durée de la vie a été de dix heures dans ce cas. L'animal n'a pas uriné malgré les doses considérables d'eau nitrée et d'eau de Seltz qu'on lui a administrées. Pourquoi n'a-t-il pas uriné? Demandez-le à M. Orfila ! Quant à nous, nous envisageons la question de la médication à un autre point de vue, et nous regardons comme sans portée réelle les calculs de la toxicologie urinaire du célebre administrateur.

N° 2. (5. **de la série.**) *Trois gram. d'ars. Traitement alcoolique.* — Cheval entier, de fiacre, 12 ans, alzan, crinière blonde, taille 1 mètre 48 cent. Pouls 36, respiration 5. — A 9 h. 1/2, on donne 3 gram. d'ars. dans 750 gram. d'eau distillée. — A 10 h. 1/4, demi-litre d'eau-de-vie avec addition de 125 gram. de sucre. — A 11 h. l'animal urine (il rend un litre d'urine).— A 11 h. 1/4, pouls 36, régulier, facile à compter; resp. 10. — A midi, demi-litre d'eau-de-vie et 125 gram. de sucre. — A 2 h. même potion. A 3 h., pouls plein, 46, après avoir mangé un peu d'avoine et de foin. — A 3 h. 1/4, il est tombé. Il a continué à manger par terre. Il ne s'était pas relevé à 4 h. Pouls 76, resp. 16. On l'a fait relever à 4 h. 1/2. — A 8 1/2, potion alcoolique *ut supra.* — Le lendemain, 16, à 6 h. du matin, pouls relevé, moins vite, 56, respiration 16. — A 8 h., potion alcoolique. L'animal est couché, il se refuse de manger, il s'est tenu sur les membres toute la nuit, il a eu une évacuation un peu molle, la nuit. Le reste de la journée, le cheval est resté couché et a refusé de manger. A 8 h. du soir, il agite les membres, le pouls est encore très sensible, il devient moins fort; respiration bruyante, plaintive. — A 10 h. 10 min., mort. Total de l'eau-de-vie administrée 2 1/2 litres, sucre 625 gram. Durée de la vie 37 heures.

N 3. (6e **de la série.**) *Trois gram. d'ars. Traitement alcoolique.* — Cheval entier, de fiacre, gris, 15 ans, taille 1 m. 30 centim. Pouls 36, respir. 7. — A 9 h. 33 m., on donne 3 gram. d'acide ars. dans 750 gram. d'eau. — A 10 heures 25 min., on administre demi-litre d'eau-de-vie édulcorée avec 125 gram. de sucre. — A 11 h. 25 m., pouls 28, resp. 12. — A midi, même potion stimulante. — A 2 h., potion idem. — A 4 h. potion id. Respiration 8. On ne continue pas l'eau-de-vie dans le reste de la soirée. — Le lendemain, 16, à 6 heures du matin, pouls vite, petit; potion alcoolique *ut supra.* Diarrhée. — A 8 h. 1/2, potion. Pouls filiforme, inappréciable, respir. 6. Diarrhée depuis 6 heures (elle a continué le reste de la journée). Le cheval est vacillant. — A midi, demi-litre d'eau-de-vie sucrée. — A 3 h., potion idem. Quelque temps après, l'animal est tombé. — A 11 heures du soir, mort. — Total de l'eau de vie administrée 4 litres; sucre 1 kilogr. Durée de la vie 38 h. 1/2.

Si l'on compare la durée de la vie chez ces trois animaux, on trouve une différence considérable. Le cheval traité par les diurétiques n'a vécu en effet que dix heures, tandis que les deux chevaux alcoolisés ont vécu : l'un 37, l'autre 38 heures. Il est vrai de dire néanmoins que si les avantages de la méthode stimulante sur la méthode antiphlogistique sont incontestables, il est vrai aussi d'ajouter qu'en comparant les deux derniers chevaux au cheval n° 3 de l'expérience précédente où la durée de la vie a été de trois jours et demi, malgré l'absence de tout traitement, la médication cesse d'offrir les mêmes conditions. Pourquoi chez le cheval la guérison est-elle plus difficile à obtenir que chez le chien ou chez l'homme? C'est ce que nous essayerons de reconnaître et de surmonter dans la suite de ces expériences.

N° 4. (7e **de la série**). *Trois gram. d'arsenic. Pas de traitement.* — Cheval entier, de fiacre, gris tigré, 15 ans, taille 1 mètre 40 cent., le plus vigoureux des cinq de cette expérience. Pouls 36. A 9 heures 34 min., on lui administre 3 gram. d'ars. dans 750 gram. d'eau. — A 9 h. 50 m., tremblement général. Pouls 54. — A 11 h., pouls 40, resp. 15. — Le tremblement général persiste, mais moins fortement. — A 1 h. 1/4, tremblement général fort. Pouls 45, respir. 11. Température de la peau un peu augmentée. — A 1 h. 1/2, l'animal urine abondamment (un kilog. d'urine).—A 3 h., il a mangé une poignée d'avoine et du foin. Evacuation rectale naturelle. — A 4 h., pouls 88, petit, mou, irrégulier, extrémités froides. — Le lendemain, 16, à 7 h. du matin, pouls à peine sensible, diarrhée. — A 9 h. du matin le cheval est debout, resp. 24, il refuse de boire et de manger, le tremblement général a cessé, il urine (un demi-litre). — A 8 h. du soir, pouls sensible, vite, l'animal refuse de manger. — Le 17, à 7 h. du matin, pouls très faible, à peine sensible, très vite; le cheval chancèle dès qu'on veut le déplacer, il refuse de manger — A 9 h., il a mangé un peu de foin, il a un peu bu, n'a pas évacué ni uriné. Il a eu la diarrhée pendant la nuit du 17 au 18. Il a uriné. — Le 18 à

2 h., bave écumeuse depuis le matin, le cheval chancèle. Pouls effacé. Plus d'évacuations alvines. A 3 h. 1/4, mort. — Durée de la vie, 3 jours 6 heures.

Vous le voyez, encore ici l'animal abandonné à lui-même a uriné abondamment. Cela l'a-t-il empêché de mourir? Non assurément, et cela devait être; nous en avons donné la raison. Ajoutons seulement que la sécrétion urinaire a toujours lieu quand la vie se prolonge quelque temps, quand la mort n'a pas lieu en quelques heures.

N° 5. (8e **de la série.**) *Trois gm. d'arsenic. Traitement par les saignées.* — Cheval hongre, de fiacre, 16 ans, taille de 1 m. 37 c. Pouls 76, resp. 8. — A 9 h. 50 m. on fait ingérer 3 gm. d'arsenic dans 750 gm. d'eau. — A 11 h. 1/2, pouls 44, normal; resp. 10. — A midi, saignée de 2 kilog. — A 2 h. saignée de 2 kilog. — A 4 h. pouls 52, plein, dur. — A 4 h. 1/4, évacuation alvine un peu molle, les crotins sont couverts de mucosités. — Le lendemain, 16, à 8 h. du matin, saignée de 2 kilog.; il refuse de manger, boit un litre d'eau; il est souvent couché, a eu des évacuations dans la nuit (crotins un peu mous). — A midi, même état. — A 3 h., saignée de 2 kilog. Le cheval s'est couché, s'est relevé souvent dans la matinée; il regardait son ventre, il n'a mangé un peu de paille que vers les 6 h. du soir. — Le 17, à 7 h. du matin, pouls faible, 52. Le cheval mange avec appétit une jointée d'avoine et une poignée de foin. — A 9 h., il continue à manger, il a bu. Pouls 62, resp. 10. — Le 18, il a uriné pendant la nuit dernière et mangé la paille qu'on lui a donnée. — A 7 h. du matin, pouls vîte. L'animal mange un peu de foin et d'avoine. — A 2 h., diarrhée liquide abondante qui a commencé à 1 h., pouls plus petit, plus vîte. — A 4 h., pouls augmenté en vîtesse, les évacuations alvines continuent. — A 10 h. du soir, le cheval laisse une partie de la petite quantité d'avoine qu'on lui avait présentée. — Le 19, pendant la nuit, la diarrhée a continué. Il a uriné et mangé un peu de paille. — A 7 h. du matin, pouls très vîte, encore assez fort. — Le 20, à 6 h. du matin, pouls 65, régulier, assez fort. Le cheval mange avec assez d'appétit. La diarrhée est arrêtée, les crotins ne sont que mous. Les jours suivants, l'animal continue à se bien porter. — Le 5 décembre, l'animal paraît malade de nouveau, il tombe et ne peut se relever, il rend des crotins normaux. Le 6 décembre, il est mourant à 10 h. On l'assomme pour faire l'autopsie. Les détails de cette autopsie ne se trouvent pas sur le procès-verbal de M. Leblanc, que nous copions. Nous trouverons cependant d'autres cas analogues plus loin. — Durée de la vie 20 jours, quatre petites saignées de 2 kilog. chaque.

Ce fait pourrait sembler magnifique à quelques personnes non habituées aux expériences de ce genre. Voici cependant ce qu'il signifie en réalité. La dose de 3 gm. d'arsenic n'a été absorbée chez cet animal qu'incomplétement, par des circonstances exceptionnelles, aussi les symptômes d'empoisonnement n'ont été que légers d'abord; tellement légers que les petites saignées, qui ordinairement foudroient les autres animaux, n'ont pas eu d'effets très fâcheux chez lui. Au reste, les saignées n'ont été pratiquées que pendant les deux premiers jours seulement; consécutivement l'animal a été nourri à loisir et s'est trouvé dans les mêmes conditions que les chevaux abandonnés sans traitement. Il est certain pour nous que ce cheval aurait guéri promptement si on eût administré de légers alcooliques, car le cas était des plus favorables; il eût peut-être échappé d'ailleurs à la mort si on ne l'eût pas saigné, et sa mort eût été beaucoup plus prompte si on lui eût administré des boissons nitrées. Les faits précédents et ceux que nous rapporterons plus loin justifient notre manière de voir. Ces variations dans les résultats sont inévitables, quand on opère surtout sur de vieux animaux, plus ou moins valétudinaires.

Troisième expérience. (22 nov.) N° 1er. (9e **de la série.**) *Trois gm. d'arsenic. Pas de traitement.* — Cheval hongre, bai-lard, très petit, très maigre, taille de 1 m. 27 c., hors d'âge. Pouls 26, très faible; resp. 8. — A 10 h. 3/4, on administre 3 gm. d'arsenic dans 750 gm. d'eau. Le cheval est tombé en prenant la dose; il a mangé au bout d'un certain temps une jointée de foin. Puis il a éprouvé quelques tremblements, il a eu une évacuation alvine molle et légèrement sanguinolente. — A 2 h. 1/2, il s'est relevé, il se tient debout. — A 8 h., il s'est couché. — Le lendemain, 23, à 7 h. du matin, il ne mange ni ne boit. Pouls 52. — A midi, il n'a pas uriné; évacuation alvine ordinaire. — A 3 h. 1/2, pouls vîte, presque imperceptible. — Le 24, à 7 h. du matin, il ne mange pas. Pouls petit, vîte. — A 6 h. du soir, diarrhée noire, fétide, abondante. Le cheval a uriné dans la journée, il a un peu mangé et bu. — Le 25, à 7 h. du matin, il mange un peu de paille, boit quatre litres d'eau. Toujours diarrhée noire, fétide. Pouls petit, vîte. — Le 26, la diarrhée continue; l'animal mange assez bien, puis il se couche. — Le 27, à 7 h. du matin, pouls toujours faible, mais beaucoup moins fréquent; le cheval mange avec appétit. La diarrhée a cessé, les crotins sont formés et durs. L'animal se couche encore. — Le 28, il mange et boit bien, point de diarrhée. — Les 29, 30, même état. — Le 1er décembre, même état. — Le 2, il tombe à 6 h. 1/2, il mangeait encore à 6 h. — Le 3, il reste toujours couché; il a évacué une grande quantité de crotins bien moulés. — A 10 h., il reste immobile et respire par le nez lentement. — Le 4, à 10 h., mort. Autopsie une demi-heure après. — Durée de la vie, 12 jours.

On était loin de s'attendre que ce petit cheval, si maigre, si faible en apparence aurait résisté si longtemps à l'action de l'arsenic. Il est heureux que sa maladie ait été abandonnée sans traitement. La lenteur excessive de l'absorption qui a été sans doute la cause de cette invulnérabilité apparente, aurait pu être attribuée aux bienfaits de la médication, si un traitement eût été employé. Ce fait ressemble beaucoup au précédent, comme on le voit; si on le rapproche des nos 3 et 7, on est surpris de la différence énorme de la durée de la vie. Chez ces deux animaux, en effet, qui étaient plus robustes, la mort a eu lieu en trois jours et quelques heures, tandis que chez le dernier (9e), la vie a résisté trois fois autant, malgré sa faiblesse apparente. Cette variabilité excessive ne se rencontre pas ordinairement chez les animaux jeunes et bien portants, tels que les chiens et les lapins. Aussi pensons-nous que pour résoudre les questions de la nature de celles dont il s'agit, les chevaux d'équarrissage ne sont pas très propres aux expériences comparatives.

N° 2. (10e **de la série.**) *Trois gm. d'ars. Traitement alcoolique.* — Cheval hongre, noir, maigre, hors d'âge, taille de 1 m. 39 c. Resp. 10, pouls 28, faible. — A 11 h., on donne 3 gm. d'arsenic dans 750 gm. d'eau. — A 11 h. 1/4,

tremblements. — A 11 h. 1|2, on administre un demi-litre d'eau-de-vie édulcorée avec 125 gm. de sucre. L'animal refuse déjà de manger, il paraît comme foudroyé par le poison. —A 1 h., il mange une très petite quantité de foin.—A 2 h., potion alcoolique. — A 8 h. 1|2, évacuation molle, noire, infecte. Vacillations comme par ivresse. — A 10 h. du soir, mort. Durée de la vie 11 h. Eau-de-vie administrée, 1 litre.

Le principe de la vie avait été si profondément affecté par le poison chez ce cheval, que l'on a eu à peine le temps de commencer le traitement quand il est mort. Deux seules prises d'eau-de-vie en effet ont pu avoir lieu, et l'on a de suite dû cesser toute médication. On n'attribuera certainement pas une influence quelconque au traitement, si l'on veut bien comparer ce fait aux précédents, et se rappeler surtout la tolérance très grande pour les alcooliques chez le cheval, ainsi que cela résulte de la première série.

N° 3. (11e **de la série**.) *Trois gm. d'ars. Traitement nitré.* — Jument alzane, hors d'âge, de fiacre, taille 1 m. 37, pas très maigre, assez vigoureuse. Pouls 29, normal; resp. 7. — A 11 h., on donne 3 gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau. — A midi, on administre quatre bouteilles d'eau nitrée et une demi-bouteille d'eau de Seltz. L'eau nitrée a été préparée pour tout le traitement avec 240 gm. de nitre (8 onces) dans 24 litres d'eau. L'animal a mangé pour la seconde fois. — A 2 h., potion nitrée idem. Pendant cette administration, évacuation alvine très molle, presque liquide. — A 3 h. 1|4, il a uriné assez abondamment. — A 4 h. 1|4, potion nitrée. L'animal a toussé plusieurs fois pendant l'administration. — A 6 et à 8 h., potion idem. Evacuations alvines très liquides et abondantes Il a uriné à 7 h. Dans les trois dernières administrations, il y a eu une assez grande quantité de liquide perdu. — A 10 h., la diarrhée continue. — Le lendemain, 23, à 7 heures du matin, il ne mange pas. — A 9 h., il a uriné beaucoup, du moins la paille sous lui était mouillée; il ne mange ni ne boit. — A midi, trois bouteilles d'eau de nitre et 3|4 d'eau de Seltz. Evacuation diarrhéique très liquide, infecte. — A 3 h. 1|2, sueurs, diarrhée abondante, pouls vite, faible; l'animal se couche et se relève. — A 5 h., mort. — Quantité de nitre administrée, 750 gm.; eau de Seltz, 4 bouteilles; eau commune, 24 litres. Durée de la vie, 30 heures.

N° 4 (12e **de la série**). *Trois gm. d'ars. Traitement antiphlogistique.* — Cheval hongre, bai-brun, hors d'âge, taille 1 m. 36 c. Pouls 56, faible; resp. 12. — A 11 h. 10 m., on donne 3 gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau. — A 2 h., saignée de 3 kil. Le cheval n'a pas encore reçu de nourriture. — A 2 heures 1|2, il mange avec appétit du foin, de l'avoine et de la paille que l'on donne par petites quantités. — A 4 h., saignée de deux kil. Il a uriné depuis 3 h. — A 8 h., saignée idem. Il a la diarrhée depuis 7 heures. — A 3 h. 1|2, plus de diarrhée. — Le lendemain, 23, à 7 h. du matin, il mange, point de diarrhée. — A 9 h., saignée de 2 kil. Il mange bien, évacuation alvine normale. — A midi, il a uriné près d'un kil. — A 3 h. 1|2, pouls régulier, assez développé. — A 7 h., il a bu. — Le 24, à 7 h. du matin, il continue à boire et à manger. Pouls vite et pas très développé. Il a uriné assez abondamment au moment de l'examen. — A 6 h. du soir, le pouls est toujours un peu vite. Le cheval mange et boit bien; il a uriné dans la journée. Point de diarrhée. — Le 25, à 7 h. 1|2, pouls toujours un peu vite; l'animal mange et boit bien. Evacuations alvines solides, moulées. Il a uriné. — A 10 h., saignée de 2 kil. — Le 26, il mange bien, point de diarrhée, pouls faible, pas très fréquent. — Le 27 au matin, même état à peu près. — Le 28, il boit et mange bien, point de diarrhée. — Les 29, 30, même état. — Le 1er décembre, même état. — Le 2, le cheval tombe à 6 h. 1|2. Il mangeait encore à 6 h. — Le 3, il ne s'est pas relevé, il agite ses membres antérieurs, refuse de manger; abdomen tendu. Il a rendu beaucoup de crotins moulés. — Le 4, il est toujours étendu, a fianté, cherche encore à manger, mais il n'avale pas. Mort à 4 h. — Durée de la vie, 12 jours.

Ce fait ressemble à plusieurs des précédents, où les symptômes ne se sont déclarés que très lentement. Il est remarquable que l'animal ait si bien toléré les saignées (11 kil. de sang en peu de jours), et il y a tout à croire qu'il ne serait pas mort ou que plus tard, si ce traitement n'eût pas été employé. On a dû noter, au reste, que c'est pendant l'emploi des saignées que le cheval a été le plus malade; puis il est tombé à la fin comme frappé par la foudre. Au reste, on a dû remarquer également qu'il a uriné abondamment sans prendre de boisson nitrée, par la raison que la vie ne s'est pas éteinte promptement, et que l'arsenic est lui-même diurétique comme tous les corps hyposthénisants; mais qu'ont-elles changé les urines à la marche funeste de la maladie? Rien! Assurément tout le poison avait eu le temps de s'échapper par les urines pendant les douze jours de la durée de la vie; cependant le coup était porté, l'organisme était frappé et il devait succomber. L'indication d'expulser le poison par les urines n'est donc qu'une idée absurde, ridicule, enfantée en dépit de toute notion médicale solide.

N° 5 (13e **de la série**). *Trois gm. d'ars. Traitement excitant.* — Cheval entier, hors d'âge, taille 1 m. 37 c. Pouls 36, assez fort, normal; resp. 10. — A 11 h. 5 m., on administre la dose ordinaire de poison. — A 11 h. 1|2, demi-litre d'eau-de-vie. L'animal a toussé pendant l'ingestion, il a rendu un peu de liquide par les narines. — A midi, il mange un peu de foin et d'avoine. — A 1 h. 1|2, même potion alcoolique sucrée. Evacuation alvine liquide abondante. — A 2 h., il refuse de manger. — A 8 h., potion alcoolique. — A 10 h., toujours diarrhée. — Le lendemain, 23, à 7 h. du matin, il ne mange pas. — A midi, la diarrhée a cessé. Evacuation molle. — A 3 h. 1|2, il ne mange pas. Pouls faible, 65. L'animal a uriné entre deux et trois heures. — A 7 h. du soir, il a bu un peu, a mangé un peu de foin. — Le 24, à 7 h. du matin, il ne mange pas. Pouls très vite, très petit. L'animal a uriné abondamment. — A 6 h. du soir, respiration accélérée, pouls vite, petit, point de diarrhée. Il a uriné dans la journée; il a un peu mangé et bu. — Le 25, à 7 h. 1|2, il ne mange pas, a bu quelques gorgées d'eau; pouls petit, faible, vite; resp. accélérée; point de diarrhée. — A 2 h. 1|2, diarrhée qui se continue jusqu'à 10 h. du soir. Il a un peu bu et mangé dans la journée. — A 3 h., potion alcoolisée sucrée. — Le 26, à 7 du matin, la diarrhée continue. L'animal mange un peu; resp. laborieuse. — Le 27 au matin, il ne mange pas; pouls très vite; resp. toujours très vite, très laborieuse; diarrhée très liquide, noire. — A 8 h. du soir, mort. Nous devons faire remarquer que l'animal avait couché toutes les nuits à ciel ouvert, et qu'il gelait vivement alors. — Total de l'eau-de-vie administrée, 2 litres; sucre, 500 gm. — Durée de la vie, 5 jours 3 heures.

On aurait pu, et l'on aurait même dû augmenter

hardiment la dose de l'alcoolique, la doubler, la tripler même et au delà dans ce cas, puisque la tolérance en est si grande chez le cheval en état de santé; raison de plus en cas de maladie hyposthénisante; mais on s'en est abstenu par la crainte mal basée de dépasser la tolérance. Aussi le remède est-il resté au dessous du mal. Chez l'homme, quand on voit les alcooliques échouer, on a recours avec avantantage à l'eau distillé de canelle et à l'opium; mais le prix élevé de ces drogues nous a empêché de les prescrire.

Quatrième expérience. (29 nov. 1840). Pour rendre les résultats plus concluants, nous avons cru devoir augmenter la dose du poison, d'un gramme. On a vu en effet qu'à trois grammes l'action était lente, très variable, et par cela même, contestable quelquefois.

N° 1. (14e **de la série**). *Quatre gram. d'arsenic. Traitement nitré.* — Cheval entier, alzan brûlé, 8 ans, taille 1 mètre 40 centimètres, en très bon état. Pouls 40, resp. 20, état normal; pas de diarrhée. — A 10 heures 50 min., on administre 4 gram. d'acide arsénieux dans 800 grammes d'eau. Il y en a eu un peu de perdu. — A midi, on donne 60 grammes de nitre dans une bouteille d'eau, plus 3 bouteilles d'eau commune et 3/4 de litre d'eau de Seltz. L'animal mange avec appetit de la luzerne. — A 2 h., potion nitrée idem. — A 4 h., idem. Il a eu une évacuation alvine. On ne l'a pas vu uriner. — A 6 h., potion nitrée *ut supra.* — A 9 h., diarrhée, sueurs, flancs agités; il mange encore. — A minuit, mort sans mouvements convulsifs. — Total du nitre employé 300 gram., eau commune 20 bouteilles, eau de Seltz 4 litres 1/4. — Durée de la vie onze heures.

N° 2 (15e **de la série**). *Quatre gram. d'arsenic. Traitement alcoolique.* — Cheval entier, bai-clair, hors d'âge, taille 1 mèt. 40 cent., un peu maigre. Pouls 36, resp. 20; pas de diarrhée. — A 10 h. 3/4, on donne quatre grammes d'acide arsénieux dans 800 gram. d'eau. — A midi, demi-litre d'eau-de-vie et 125 gram. de sucre. Le cheval mange avec appetit. — A 3 h., potion alcoolique idem. — Le lendemain, 30, à 6 h. du matin, potion alcoolisée. — A 8 h., il a fianté dur. — A 9 h., il mange. — A 11 h, il mange, paraît ferme sur ses jambes. Pouls 54, resp. 10. — A 2 h. 1/2, il mange. — Le 1er décem., à 6 h. du matin, potion alcoolique. — A 11 h., pouls assez fort, régulier. L'animal mange, a la diarrhée depuis le 30 au soir. — A midi. il a refusé de boire depuis l'empoisonnement. — Le 2, à 2 h., la diarrhée est moins liquide, pouls vite, régulier, assez fort. — Le 3, à 10 heures, on donne une bouteille de vin, un gram. d'opium dissous dans du vin. Diarrhée. — Le 4, à 11 h., une bouteille de vin et un gramme d'opium. Diarrhée glaireuse. — Le 5, à 6 h. du matin, vin opiacé idem. — A 10 h. 1/2 du soir, mort. Total de l'eau-de-vie administrée, deux litres; opium, quatre gram. (60 grains); vin, trois litres. — Durée de la vie, six jours.

N° 3. (16e **de la série**). *Quatre gram. d'arsenic. Traitement antiphlogistique.* — Cheval hongre, hors d'âge, très maigre, taille 1 mètre 50 cent. Pouls 36, resp. 16, entrecoupée. On lui tire une litre de sang avant de l'empoisonner; il a rendu une demi-litre d'urine. — A onze heures et demi, on lui admintstre 4 gram. d'ars. dans 800 gram. d'eau. — A 3 h. 1/2, saignée de 2 kilog. — A 5 h. 1/2, saignée idem. — A 7 h., le cheval est tombé, a fianté trois fois pendant la dernière saignée, puis il s'est relevé; il mange. — Le 30, à 4 h. du matin, sueur qui dure jusqu'à 7 h.; il regarde de temps en temps son ventre. — A onze heures, pouls filiforme, très accéléré, respir. précipitée. — A onze heures et demi, on assome le cheval et on l'ouvre immédiatement. Petites escarrhes dans le sac gauche. Rougeur étendue dans le sac droit. Muqueuse épaissie. Point d'injection aux vaisseaux mésentériques. Rougeur pointillée dans tout l'intestin grêle, quelques ecchymoses très légères dans la ventricule gauche du cœur; infiltration jaune-citrine dans les vaisseaux coronaires et ventriculaires. Consistance du cœur molle. Sang noir, boueux, non coagulé. — Total du sang tiré par les cinq saignées, quatre kilogr. — Durée de la vie, vingt-cinq heures.

N° 4. (17e **de la série**.) *Quatre gm. d'arsenic. Pas de traitement.* — Cheval hongre, bai-châtain, hors d'âge, taille de 1 m. 35 c. Pouls 35, resp. 7. — A 11 h. 10 m., on donne 4 gm. d'arsenic dans 800 gm. d'eau. — A 2 h., sueurs aux flancs. — A 4 h., évacuation alvine naturelle. — A 7 h., mort. — Le lendemain, autopsie à 11 h. Injection forte des vaisseaux mésentériques. Le sac gauche de l'estomac présente un grand nombre d'escarrhes. Le sac droit offre des ecchymoses et une rougeur générale. Rougeurs étendues dans tout l'intestin. Ecchymoses dans le ventricule gauche du cœur. Consistance du cœur molle. Le sang est noir, non coagulé, poisseux. — Durée de la vie, 8 h.

N° 5. (18e **de la série**.) *Quatre gm. d'ars. Traitement alcoolique.* — Cheval hongre, alezan, poil de vache, taille de 1 m. 55 c., hors d'âge (15 à 16 ans). Pouls 20, resp. 6. — Pas de diarrhée. — A 11 h. 1/4, on donne 4 gm. d'ars. dans 800 gm. d'eau. — A midi 1/2, un demi-litre d'eau-de-vie. — A 3 h. 1/2, eau-de-vie. — A 7 h. du soir, il rend des crotins naturels. — A 9 h., il a mangé. — Le lendemain, 30, à 5 h. du matin, il a uriné. — A 11 h., il conserve l'appétit. Pouls 50, resp. 7. — A 6 h., un demi-litre d'eau-de-vie. Il mange toujours. — Le 1er décembre, à 6 h. du matin, eau-de-vie. — A 10 h. Pouls fort, régulier. L'animal mange bien. — Le 2, à midi, il boit et mange bien, évacuations alvines naturelles. — A 2 h., pouls vite, régulier, assez fort. — Le 4, à 11 h., une bouteille de vin rouge et un gm. d'opium. Diarrhée qui s'est déclarée dès la veille au soir. Il mange bien, paraît avoir encore de la force. — Le 5, à 6 h., vin, opium. — A 10 h. 1/2, pouls fort, peu vite, régulier. L'animal mange bien, paraît bien portant. — A 5 h. du soir, on donne un litre de bouillon et 125 gm. de farine d'avoine. — Le 6, une bouteille de vin et un gm. d'opium. La diarrhée continue. Il a uriné, mange peu. — Le 7, à 7 h. du matin, un demi-litre d'eau-de-vie. Il continue à avoir des forces, boit et mange; moins de diarrhée. — A 5 h. du soir, il paraît assez gai, mange bien, pouls assez développé, 65. Diarrhée plus fréquente, plus liquide que le matin. — Le 8, à 7 h. 1/2 du matin, potion d'eau-de-vie. — A 5 h. du soir, bouillon et opium. La diarrhée continue. — Le 9, à 6 h. 1/2, eau-de-vie. — A 5 h. du soir, bouillon avec 2 gm. (40 grains) d'opium. Diarrhée. L'animal mange bien. — Les 10, 11, 12, bouillon et opium *ut supra.* Diarrhée. — Le 13, à 1 h. du matin, mort. — Durée de la vie, 14 jours.

Le résultat de cette expérience a été plus net et plus satisfaisant que dans les expériences précédentes. On a dû remarquer que, des cinq chevaux sur lesquels on venait d'opérer, deux traités d'après la méthode de M. Orfila sont morts, l'un en 11 heures, l'autre en 24 heures; tandis que les deux autres, qu'on a traités par les alcooliques et les opiacés, ont vécu, l'un, une semaine, l'autre, 14 jours. La différence est énorme,

comme on le voit. Ici, pas d'équivoque, les doses de poison ayant été plus que mortelles. Pourquoi, avec des doses moindres d'arsenic, les résultats ont été moins concluants? C'est ce que nous ne saurions dire quant à présent.

Cinquième expérience. (6 décembre 1840.) N° 1er. (19e **de la série.**) *Trois gm. d'ars. Traitement alcoolique.* — Cheval blanc, entier, morveux, taille de 1 m. 35 c. Pouls imperceptible, resp. 7.—A 11 h., on donne 3 gm. d'arsenic dans 750 gm. d'eau. — A 3 h., un demi-litre d'eau-de-vie. — A 6 h. du soir, une bouteille de bouillon et un gm. d'opium.—Le lendemain, 7, à 6 h. du matin, eau-de-vie. — A 5 h. du soir, il paraît abattu, mange peu, pouls faible, resp. laborieuse, pas de diarrhée.—A minuit, mort.—Total de l'eau-de-vie, 1 litre; opium, 1 gm.; bouillon, une bouteille. — Durée de la vie, 30 heures. Nous avons à peine besoin de faire remarquer que ce cheval se trouvait dans des conditions très défavorables avant l'expérience, puisqu'il était très malade, et c'est sans compter beaucoup sur le bon résultat que nous l'avons soumis à l'expérience.

N° 2 (20e **de la série**). *Trois gm. d'ars. Traitement nitré.* — Cheval blanc, hongre, 15 ans, non morveux, taille 1 m. 45 c. Pouls 32, resp. 5 1/2. — A midi, on donne 3 gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau. — A 3 h., 60 gm. de nitre dans 4 bouteilles d'eau; on ajoute de l'eau de Seltz. — A 5 h. et à 7 h., potion idem. — Le lendemain, on répète la potion à 7 h., à 9 h., à 11 h. Le cheval est chancelant. — A 3 h. 1/2, mort sans diarrhée. — Total du nitre ingéré 360 gm.; eau, 24 bouteilles. — Durée de la vie 27 h. 1/2.

N° 3 (21e **de la série**). *Trois gm. d'ars. Traitement alcoolique.* — Cheval hongre, non morveux, taille 1 m. 45 c., rend des crotins naturels. Pouls 28, resp. 7. — A midi et demi, on donne 3 gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau. — A 2 h. 1/2, demi-litre d'eau-de-vie. — A 6 h., une bouteille de vin et un gm. d'opium. — Le lendemain, 7, à 6 h., eau-de-vie; il mange et boit bien. — Le 8, à 10 h. 1/2, le cheval était tombé, agonisant. On l'a assommé pour en faire l'autopsie. — Total de l'eau-de-vie, 1 litre; opium, 1 gramme; bouillon, 1 bouteille. — Durée de la vie, 46 heures.

N° 4 (22e **de la série**). *Trois gm. d'ars. Traitement alcoolique.* — Cheval hongre, de 15 à 16 ans, taille 1 m. 45 c. Pouls 32, resp. 8. — A midi et demi, on donne 3 gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau. — A 3 h., demi-litre d'eau-de-vie. — A 6 h., une bouteille de bouillon et un gramme d'opium. — Le lendemain, 7, à 6 h. du matin, eau-de-vie. — A 5 h. du soir, pouls régulier, un peu faible, point de diarrhée, il mange, a uriné. — A 6 h., opium et bouillon. Le 8, à 6 h. 1/2, eau-de-vie, demi-litre; il mange moins bien. — A 5 h., opium et bouillon. — Le 9, à 6 h. 1/2 du matin, eau-de-vie. — Le soir, opium et bouillon. Il mange bien, crotins moulés, il a uriné. — Le 10, à 6 h. du matin, eau-de-vie; le soir, opium. — Le 11, 12, 13, on continue eau-de-vie le matin, opium le soir. Evacuations naturelles, l'animal mange et paraît bien portant. — Le 14, plus de traitement. — Les 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, il continue à se bien porter, on le croit guéri. — Le 10 janvier, 1841, la diarrhée se déclare, laquelle a continué jusqu'au 15; elle a alterné avec des crotins moulés, couverts de mucus, mais l'animal a continué à bien manger. — Le 15, il s'était couché et n'avait pas voulu se relever. — Le 18, crotins moulés, muqueux, beaucoup de gaz; il mange bien. — Du 19 au 25, il continue à bien manger; crotins moulés, muqueux. Il continue dans le même état jusqu'au 4 février; il avait eu seulement la diarrhée de temps en temps. — Le 4 fév., il mange moins bien, il chancèle quand on veut le faire déplacer. — Le 5, il est couché et n'a pu se relever; il mange encore un peu. — Le 6, il n'a pu se relever, il mange un peu quoique couché. — Le 7, même état. —Le 8 au matin, mort. — Total de l'eau-de-vie, 4 litres; opium, 10 gm. (200 grains). — Durée de la vie, 33 jours.

Encore ici l'avantage a été pour la médication excitante, malgré que la guérison absolue n'ait pu être obtenue. Pourquoi cette guérison est-elle si difficile, sinon impossible chez le cheval? Nous croyons avoir répondu à cette question dans le précédent numéro. On comprend, au reste, que cela importe peu au point de vue de la question que nous cherchons à résoudre, puisqu'il ne s'agit que d'établir un principe de thérapeutique.

Sixième expérience (17 janvier 1841). N° 1 (23e **de la série**). *Trois gm. d'ars. Pas de traitement.* — Ce cheval n'a pas présenté des symptômes d'empoisonnement, si ce n'est quelques borborygmes peu importants, et il a été sacrifié le 37e jour.

N° 2 (24e **de la série**). *Trois gm. d'ars. Traitement alcoolique.* — Cheval hongre, blanc, taille 1 m. 50 c., de 15 à 16 ans. Crotins naturels. Pouls 28, resp. 10. — A 11 h. 3/4, on donne 3 gm. d'ars. *ut supra.* (Suivent les détails jour par jour de l'eau-de-vie, de l'opium administrés, et des symptômes présentés. — Durée de la vie, 6 jours. — Total de l'eau-de-vie, 4 litres; opium, 14 gm. (220 gains) dans 7 bouteilles de bouillon.

N° 3 (25e **de la série**). — Cas pareil au précédent. Durée de la vie, 11 h. L'animal a à peine été traité.

Résumé des faits de cette série. — Un total de vingt-cinq chevaux a été affecté aux six expériences de cette série. Sur ce nombre, cinq ont été abandonnés, sans traitement, dans le double but de confirmer une conclusion que nous avions déduite des expériences de la première série, savoir : que la quantité de 3 gm. (60 grains) d'acide arsénieux, en solution dans 750 gm. d'eau (une livre et demie), pouvait être considérée comme le minimum de la dose mortelle chez le cheval, et de déterminer quel serait le terme moyen de la durée de la vie par cette dose. Sous ce dernier rapport, les résultats ont été extrêmement variables. Quatre de ces chevaux, en effet, qui avaient été empoisonnés à 3 gm., ont vécu 3 jours, 3 1/2 jours, 12 jours, 37 jours. Ce dernier chiffre aurait même été dépassé, si l'animal n'eût pas été abattu, car il ne présentait pas alors de symptômes sérieux. Ce fait autoriserait donc à établir quelques exceptions relativement à l'action mortelle de la dose en question. Cela tient à des causes que nous avons indiquées. Et pourtant un autre cheval (17e), qui en avait reçu 4 gm., n'a vécu que 8 h. Nous sommes autorisé à conclure, par les faits de la première série, qu'à 4 gm. la durée de la vie est aussi variable qu'à 3 gm. On comprend déjà par ce fait général, aussi nouveau qu'inattendu, que, chez le cheval, les expériences thérapeutiques comparatives ne peuvent donner que des résultats approximatifs.

Les chevaux alcoolisés ou opiacés ont été au nombre de douze. Sur ce total, il faut déduire le n° 2 qui

a été asphyxié par l'introduction, dans la trachée et dans les bronches, d'une grande quantité de bouillon et d'eau-de-vie. Encore ici, la durée de la vie a été extrêmement variable. Deux n'ont presque pas été traités, le poison les ayant comme foudroyés; il n'ont vécu que 11 h. chaque. Des neuf autres, quatre ont vécu de 30 à 46 h.; trois, de 3 à 6 jours; deux, de 14 à 33 jours. Si l'on compare ces chiffres à ceux des cinq chevaux non traités, on trouve proportionnellement une plus longue durée chez les chevaux alcoolisés. En rapprochant en effet ceux qui ont vécu le moins et le plus, de part et d'autres, c'est-à-dire les termes extrêmes, et ceux dont la durée se trouve entre ces deux termes, on trouve un avantage réel du côté des chevaux alcoolisés et opiacés. Il est vrai que le nombre des animaux n'a pas été égal de part et d'autre pour établir un parallèle rigoureux; mais, nous le répétons, il ne s'agit ici que d'une question de principes. Ces expériences ont été si dispendieuses, si difficiles, si pénibles, qu'il aurait fallu une assistance officielle pour leur donner tout le développement dont elles seraient susceptibles. Il a fallu sacrifier d'abord tant de chevaux, tâtonner pour ainsi dire si longtemps avant de fixer les données rationnelles, sur lesquelles devait définitivement rouler chaque expérience, que ce travail ne doit être considéré que comme une large introduction à une grande œuvre d'application thérapeutique.

Quant aux chevaux nitrés ou saignés, ils sont au nombre de huit. La durée de la vie chez eux a été de beaucoup inférieure à celle des chevaux non traités, et beaucoup moindre que celle des chevaux alcoolisés. Si l'on excepte en effet deux seuls individus qui ont vécu de 12 à 20 jours, et que nous regardons comme exceptionnels, les autres n'ont présenté qu'une durée de 6 à 30 h. Entre ces deux termes extrêmes, se trouvent des chevaux qui n'ont vécu que 10 à 14 h. Les conséquences qui découlent de ces rapprochements n'ont pas besoin d'être développées pour être parfaitement saisies. Nous abandonnons à la sagacité du lecteur le tableau suivant :

TABLEAU

de la durée de la vie d'après les traitements.

Chevaux non traités.

	a vécu	jours	heures.	
N° 17e	—	»»	8	
— 3e	—	3	»»	
— 7e	—	3 1/4	»»	
— 9e	—	12	»»	
— 23e	—	23	»»	(excéptionnel.)

Chevaux alcoolisés et opiacés.

	a vécu	jours	heures.	
N° 10e	—	»»	11	(pas traité.)
— 25e	—	»»	11	(pas traité.)
— 19e	—	»»	30	
— 5e	—	»»	37	
— 6e	—	»»	38 1/2	
— 21e	—	»»	46	
— 13e	—	5 1/8	»»	
— 15e	—	6	»»	
— 24e	—	6	»»	
— 18e	—	14	»»	
— 22e	—	33	»»	

Chevaux nitrés et saignés.

	a vécu	jours	heures.
N° 1er	—	»»	5 3/4
— 4e	—	»»	10
— 14e	—	»»	14
— 16e	—	»»	24
— 20e	—	»»	27 1/2
— 11e	—	»»	30
— 12e	—	12	»»
— 9e	—	20	»»

Les conclusions générales au prochain numéro.

REVUE GÉNÉRALE.

Mémoire sur certains désordres fonctionels du coeur, *lu devant la société médico-chirur. d'Edimb., dans la séance du 8 janvier 1845; par M. Robert Christison*, prof. de mat. méd. à l'Université de cette ville.

Il est certaines affections purement fonctionelles du cœur, dignes de l'attention du praticien, et que les auteurs n'ont pas décrites, à ce que je sache. Ces affections sont confondues aisément avec l'hypertrophie; du moins c'est ce que j'ai observé dans ma pratique; peut-être la chose n'arrive-t-elle pas entre les mains de praticiens très exercés au diagnostic des maladies du cœur. Cependant les souffrances que les malades accusent sont si grandes, quelques uns des symptômes qu'ils présentent sont si permanents, que l'on peut s'attendre à voir quelquefois le diagnostic s'égarer. Ces affections s'observent pendant l'adolescence et chez les jeunes gens déjà adultes. Je les ai le plus souvent rencontrées chez des garçons, à constitution mince, mais dont le système musculaire était assez bien développé, et toujours manifestement noués. Dans deux cas, il y avait lieu de croire à une constitution phtiysique héréditaire. Je n'ai observé aucune autre particularité remarquable dans la constitution de ces sujets, si ce n'est une excitabilité du système nerveux qui est toujours plus ou moins prédominante dans les cas d'excessive action du cœur sous l'influence de causes fonctionelles. Chez un seul individu l'état du cœur qui semblait la cause fondamentale du trouble, existait sans aucune souffrance; mais chez tous les autres le mal s'accompagnait de phénomènes alarmants.

Le premier cas que je dois rapporter concerne un élève de l'Université qui m'a consulté au printemps de 1835. Il avait 18 ans, était mince, néanmoins musculeux, de stature moyenne, de complexion florissante et de bonne santé en apparence. Il se plaignait d'un sentiment de forte pulsation dans la poitrine, qui le forçait à y porter continuellement l'attention, surtout après les repas, et plus particulièrement quand il se couchait. Le battement existait à gauche et l'incommodait extrêmement, il s'accompagnait de bourdonnements tels dans la tête que le patient ne pouvait s'endormir pendant plusieurs heures. La moindre excitation mentale augmentait les pulsations dans la poitrine, et obligeait le patient à garder la chambre. L'application forte à l'étude produisait le même effet, ainsi que l'exercice violent, mais pas l'exercice modéré. Le patient se sentait toujours mieux après les exercices réguliers à la campagne. Pas de difficulté à la respiration, si ce n'est dans les moments où les palpi-

tations revenaient subitement véhémentes. Pas de symptômes dyspeptiques. J'ignore depuis combien de temps il souffrait, mais son mal le troublait plus particulièrement depuis un an. Le pouls était à 90, modérément ferme, régulier et facilement excitable. Poitrine plutôt étroite, mais au reste bien conformée. Le côté gauche du thorax, à la région du cœur, dans l'étendue d'une palme, était visiblement soulevé à chaque pulsation. Ma tête était soulevée avec le stethoscope appliqué sur ce point. Le sommet battait avec une grande force entre les cartilages des 4e et 5e côtes, très près du sternum. Les pulsations ne s'accompagnaient d'aucun bruit anormal, si ce n'est qu'elles étaient plus sonores, plus lourdes et plus aiguës. Le bruit vers les extrémités externes des artères sous-clavières était à peine plus fort qu'à l'état naturel. La matité de la région du cœur à la percussion s'offrait dans les limites de l'étendue normale.

Dans ce cas, la lourde impulsion que l'oreille et la main recevaient de l'action du cœur était si excessive que j'ai d'abord douté de sa véritable nature. En réfléchissant cependant à la position du sommet du cœur, aux signes fournis par l'auscultation et aux effets de l'exercice, j'en ai conclu qu'il ne s'agissait pas d'une lésion organique sérieuse, ainsi que le patient l'avait supposé. Je lui ai conseillé de retourner à la campagne le plus tôt possible, de suspendre ses études pendant quelque temps, de faire fréquemment de l'exercice régulier, mais jamais violent en plein air, de se nourrir principalement de lait et de farineux, et le moins possible de viandes, de distraire son attention de la tendance déjà contractée d'écouter les pulsations thoraciques, circonstance importante pour la guérison, car tous les malades tombent dans cette tendance, ce qui aggrave leur état ou s'oppose à leur guérison. C'est pourtant à ce dernier article que les malades se soumettent le moins facilement. Aussi faut-il les raisonner, leur faire comprendre que les battements aux cœur et dans la tête ne sont que des phénomènes fonctionnels non dangereux, et pour les éviter, il faut prescrire la lecture de certains ouvrages non excitants à l'heure du coucher jusqu'au sommeil. Quand j'ai revu ce jeune homme, l'hiver suivant, à l'Université, il était bien portant. Il m'a dit qu'en quelques semaines le sentiment de pulsations dans la poitrine et dans la tête avait cessé, mais qu'il revenait à l'occasion de quelque excitation mentale un peu vive ou de quelque exercice violent du corps; qu'il pouvait cependant maintenant faire de l'exercice corporel actif sans inconvénient; le sommeil était parfait et le patient avait pu se livrer de nouveau à ses études. J'ai été surpris cependant de voir (c'était pour moi le premier cas que j'observais pour la seconde fois après un long intervalle) que les pulsations lourdes du cœur contre la poitrine persistaient encore, sans une grande diminution dans la force de l'organe. Le pouls continuait à être fréquent, mais régulier. Six mois plus tard, je l'ai réexaminé encore et je l'ai retrouvé dans le même état, les études ne l'incommodaient plus permanemment et il était surtout satisfait d'avoir pu s'habituer à ne pas porter son attention sur les pulsations du cœur, ce qui faisait autrefois son plus grand tourment. Consécutivement il s'est fixé à Roxburghshire où il a été très occupé et il jouit d'une excellente santé, ainsi qu'il me l'a écrit, malgré que les pulsations fortes du cœur contre la poitrine persistent. Puis il est allé aux Indes où il est resté quatre ans, et j'ai appris par sa famille et par un médecin de mes amis, qui l'a vu, qu'il continue à se bien porter. — Le fait suivant est le plus intéressant de ceux que j'ai vus.

Un élève gradé de cette Université, âgé de 25 ans, souffrait depuis plusieurs années de palpitations et de dyspnée; le mal était surtout devenu intense depuis un an. Quand je l'ai examiné pour la première fois, en février 1841, il se plaignait de violentes pulsations incessantes à la poitrine, accompagnées de respiration courte et de battements constants, dans la tête, avec un sentiment de plénitude et de distension; ses yeux étaient injectés, céphalalgies, vertiges, tintements. Ces symprômes s'aggravaient après les repas, par le travail mental, par le chagrin, par l'exercice corporel subit, et surtout par le séjour au lit où il était obligé de rester souvent à cause des pulsations très vives du cœur contre les parois de la poitrine, lesquelles l'alarmaient, et aussi à cause des pulsations des artères temporales qui semblaient lui soulever la tête de l'oreiller. Pendant le jour, il ne pouvait suivre aucune occupation, et rien ne le soulageait si ce n'est un léger exercice à pied ou à cheval. La nuit, il dormait peu, quelquefois pas du tout, pas même quand il prenait de fortes doses d'opium. Son esprit était constamment occupé de son mal; sa physionomie était animée, anxieuse, hypochondriaque; il était fortement frappé de l'idée d'une maladie organique, irrémédiable du cœur, et craignait sans cesse de mourir subitement. — Il avait déjà consulté plusieurs médecins de son pays et de cette ville; la plupart y avaient diagnostiqué une hypertrophie au cœur. Un ou deux seulement avaient déclaré qu'il s'agissait d'une lésion fonctionelle; mais comme le patient ne pouvait pas se rendre compte des phénomènes qu'il éprouvait d'après ce diagnostic, il n'était guère satisfait, et il avait cru qu'on lui cachait la véritable nature de son mal pour ne pas l'effrayer. Un médecin de ses amis, dans son pays, lui avait persuadé qu'en origine le mal était au cerveau, et il l'avait, en conséquence, traité à l'aide de saignées, de sangsues, de vésicatoires, d'applications froides sur la tête rasée, de purgatifs brusques. Ces moyens cependant avaient manifestement fait empirer son état. Il était de stature moyenne, modérement musculeux, coloré. Son pouls était à 100, plein et ferme; langue limonneuse, plutôt chargée, mais ses digestions étaient bonnes: Les carotides et les temporales battaient avec une force considérable, et la tête qu'il continuait à tenir chauve, était chaude généralement; la région cardiaque était fortement soulevée par l'action du cœur; on pouvait voir à distance, à travers une petite chambre, les soulèvements du thorax lorsque la poitrine était à découvert. L'impulsion que l'oreille et la main en recevaient était plus forte que je ne l'ai jamais senti dans l'hypertrophie franche. Le sommet battait destinctement entre les cartilages des 4e et 5e côtes, très près du sternum. La matité précordiale à la percussion était extraordinairement restreinte. On ne sentait rien d'anormal quand on écoutait attentivement les bruits du cœur, si ce n'est un bruit très prononcé, très aigu, se répandant au loin, à tel point qu'on pouvait le sentir distinctement partout à la face postérieure du thorax.

L'analogie m'a conduit dans ce cas à voir une af-

fection pareille à la précédente. J'ai, en conséquence, expliqué au patient mon diagnostic et mon plan de traitement, comme dans le cas ci-dessus. Je lui ai ajouté que, dans le cas où les premiers moyens n'auraient pas amené de l'amendement, il serait nécessaire d'appliquer un séton à la région précordiale, plutôt comme moyen de distraire son attention que comme chose indispensable dans un autre but. Il est donc retourné à la campagne, convaincu apparemment que son mal était purement fonctionnel. Quatre semaines après, il m'a écrit qu'il était déjà mieux, qu'il était entièrement débarrassé des symptômes céphaliques, qu'il dormait bien quatre ou cinq heures chaque nuit. Mais il ajoutait qu'il n'avait éprouvé aucun changement sous d'autres rapports, et il entrait dans de longs détails sur son état. Il était évident, pour moi, qu'il n'était pas encore parvenu, par la force de sa volonté, à distraire son attention de sa maladie pulsatile. Vers la fin de juin, il m'a appris qu'il portait un séton depuis deux mois; qu'à cette époque il dormait cinq à huit heures sans interruption toutes les nuits, que le pouls était tombé à 64, était moins irrégulier, et que l'impulsion du cœur avait matériellement baissé; mais qu'à la suite d'une attaque de fièvre, les impulsions avaient augmenté de beaucoup, pouvaient se sentir distinctement, élevaient le sternum au niveau de la deuxième et troisième côte, mais le sommet battait toujours entre la quatrième et la cinquième. Ce changement, cependant, n'a été que de courte durée. Par la suite, son amélioration a été progressive et graduée, bien qu'interrompue, et le 18 octobre, il m'écrivait qu'il se sentait tout à fait rétabli. « Mon sommeil, disait-il, est maintenant parfaitement bon; l'exercice de tout genre, à moins d'être très violent, ne me produit ni dyspnée, ni brièveté dans la respiration. Ma langue est parfaitement nette. Je n'ai pas examiné ma région cardiaque depuis plusieurs mois. » — Quand j'ai vu ce malade pour la première fois, il était tellement accablé de ses souffrances qu'il s'était vu forcé d'abandonner une position dans une des colonies. J'ai appris depuis que, quelque temps après l'époque de la dernière lettre, il s'est embarqué pour les Indes Occidentales dans un état parfait de santé. Je regrette de ne pas avoir eu l'occasion de l'examiner après la guérison. Il est bien clair, au reste, que, dans ce cas, la cause fondamentale de la maladie était combinée avec une grande excitabilité du système nerveux, mais cette particularité ne suffit pas pour expliquer à elle seule les symptômes.

Dans un autre cas que j'ai eu à soigner, il s'agissait aussi d'un étudiant en médecine. Quand il m'a consulté pour la première fois, c'était dans le printemps de 1843, il avait 18 ans, une grande taille, il était mince, coloré, délicat en apparence, mais ferme dans les muscles. Il se plaignait, comme les deux précédents, de palpitations qui absorbaient constamment toute son attention, mais surtout quand il montait un escalier, quand il marchait vîte, quand il s'appliquait avec assiduité aux études et quand il se couchait le soir. Quelquefois il restait longtemps sans dormir, à cause des plusations qu'il ressentait dans la poitrine, surtout s'il s'appuyait sur le côté gauche. Il n'éprouvait, au reste, de difficulté dans la respiration, ni de symptômes dyspepsiques, ni d'anxiété d'aucune espèce. Il souffrait plus ou moins de cet état de choses depuis un an. L'impulsion du cœur était très forte et très étendue à la main et au stéthoscope, et elle était même visible à distance. Le sommet battait avec une grande force et distinctement, près du sternum, entre les cartilages des cinquième et sixième côtes. La matité précordiale à la percussion était plus limitée en étendue qu'on ne la rencontre ordinairement. Je n'ai pu sentir aucun son anormal; mais il y avait augmentation des bruits en étendue et en acuité. Pas d'irrégularité dans l'action du cœur; malgré que cette action fût suivie avec soin, le patient ayant fait observer qu'il y avait intermittence quelquefois. J'ai prescrit le même traitement. — Vers le milieu de juin, il m'a écrit que les palpitations étaient moins intenses et avec de plus longs intervalles, mais que la moindre excitation, un exercice un peu forcé ramenaient une violente attaque, et qu'il était sujet de temps en temps à des transports de sang à la tête, ce qui lui causait des absences et de la confusion pour quelques secondes.

Consécutivement il est allé de mieux en mieux, quoique ayant de temps en temps des attaques de palpitations. L'automne dernier, il était si bien qu'il a pu faire de vigoureux exercices à Highlands, et une fois il a pu monter au sommet de Cairn-Gorum à pas accéléré, sans inconvénient. Aujourd'hui il n'éprouve que rarement le sentiment des pulsations, à moins qu'il ne fixe à dessein son attention vers le région du cœur. Il croit qu'il y a, de temps à autre, chez lui, des intermittences dans l'action du cœur; cependant, dans un dernier examen qu'il a fait, il n'a pu constater une pareille condition. Aucun changement ne s'est opéré dans l'action du cœur, si ce n'est dans l'impulsion et dans les bruits qui ont un peu diminué, tout en restant au delà des limites ordinaires de l'état normal; le sommet continue à battre à côté du sternum, entre les cinquième et sixièmes côtes.

J'ai rencontré deux autres cas analogues aux précédents; mais comme le résultat ne m'est pas parfaitement connu, je ne puis en parler avec assez de détails. L'un était sur un jeune fermier du sud de l'Ecosse, qui se plaignait de dyspepsie et de palpitations, et qui était travaillé par la crainte de mourir subitement d'une maladie au cœur. Son cœur pulsait avec une force considérable, il agitait visiblement la poitrine, même lorsque le patient était debout. Le sommet se sentait entre les cartilages des 4e et 5e côtes. La matité précordiale était extraordinairement circonscrite à la percussion, et il n'y avait rien d'inusité dans la nature ni entre les intervalles des bruits du cœur. Ce cas est le premier que j'ai observé concernant cette maladie. J'en avais conclu qu'il n'y avait pas de lésion naturelle au cœur. Mais ce malade m'a échappé, et je n'en ai plus entendu parler. L'autre était relatif à une dame de Fife, qui souffrait d'une action excessive au cœur; la position du sommet, la matité et les bruits étaient comme dans le cas précédent. Je ne l'ai plus revue après mon examen. Je dois ajouter avoir rencontré, il y a quelques années, un cas de rhumatisme chronique à l'Infirmerie, chez un homme d'âge moyen, et dont le cœur présentait des pulsations violentes, le sommet battait entre les cartilages des 4e et 5e côtes, matité circonscrite à la percussion, fréquence dans le pouls, mais sans que le

malade se plaignît de souffrir au cœur ; il ne s'était jamais plaint de palpitations, et aucun changement n'est arrivé chez lui sous ce rapport pendant les quelques semaines qu'il a passées à l'hôpital.

On peut maintenant résumer de la manière suivante les symptômes d'après les cas précédents. Pulsations du cœur, fréquentes et très violentes, a tel point qu'elles soulèvent par leur choc la tête de l'observateur appliquée sur la région correspondante de la poitrine, et que l'agitation du thorax est visible à distance; battements anormaux des carotides et des temporales ; ce symptôme existe surtout lorsque l'affection s'aggrave par l'anxiété que le patient éprouve lorsqu'il porte son attention vers son cœur. Il a alors aussi des battements dans la tête, vertiges, céphalalgie, confusion, excitabilité. Sentiment de pulsations dans la poitrine, lequel s'aggrave par le coucher, ainsi que les battements dans la tête, surtout lorsque le patient se couche sur le côté gauche. Ce symptôme est exaspéré par la locomotion active, mais pas par un exercice modéré, quoique prolongé. Pas de difficulté notable à la respiration. Par un exercice subit, actif, la palpitation, plutôt que la brièveté de la respiration, arrête la puissance d'aller. Dyspepsie quelquefois ; lorsqu'elle existe, elle augmente les symptômes principaux. Alarme, anxiété, conviction de l'existence d'une maladie organique. Cet état, ainsi que les autres symptômes, sont aggravés par l'occupation sédentaire et par les études fortes ; et ils sont soulagés, au contraire, par l'exercice régulier et la distraction mentale. Rien autre que l'intensité inaccoutumée distingue ces symptômes des phénomènes ordinaires des autres maladies fonctionnelles du cœur.

Une particularité cependant qui ne s'observe pas généralement dans les affections fonctionnelles, c'est la constance du symptôme principal, la pulsation violente dans la région précordiale. Le patient peut distraire son attention pendant quelque temps ou permanemment, comme dans les cas que j'ai rapportés ; mais qu'il ait ou non la conscience des pulsations, on peut, en tout temps, sentir une impulsion anormale violente, et même la voir à l'œil nu à la région cardiaque. La force de l'impulsion varie, il est vrai, mais elle est toujours excessive, même quand les autres symptômes, en particulier les sensations éprouvées par le patient, ont diminué au point de faire croire que la maladie touche à sa fin. Une autre particularité est relative à la région dans laquelle les pulsations se présentent. Le sommet du cœur peut être senti par l'application de la main, non comme à l'ordinaire au dessous du mamelon gauche, entre les 5e et 6e côtes, mais directement sous les cartilages costaux, très près du sternum, et généralement entre les 4e et 5e côtes. Ce caractère est un des principaux et sert à distinguer la maladie de l'hypertrophie avec élargissement du cœur, car, dans celle-ci, le sommet bat ordinairement plus loin du sternum, et plus bas que l'espace indiqué de la 5e et 6e côte.

Si l'on examine la poitrine à la percussion et au stéthoscope, on trouve une matité peu étendue, surtout moins étendue en bas que de coutume, et des bruits normaux exagérés seulement en force, en étendue, en acuité. On ne trouve aucun bruit qui indique un changement de structure dans les valvules, et pas d'irrégularité dans les bruits ou dans les intervalles. Pas d'impulsion ascendante derrière l'extrémité supérieure du sternum ; pas de pulsation dans les veines jugulaires, et pas de bruit ni d'impulsion dans les artères sous-clavières, ni une augmentation quelconque d'action liée avec l'exaltation du cœur. J'ai eu, dans plusieurs cas, l'opportunité d'examiner les progrès de cette affection à différentes périodes, pendant plusieurs années, et invariablement le résultat a été le suivant, savoir : tandis que les souffrances du patient ont diminué, les signes physiques de l'affection sont restés les mêmes. La forte impulsion, le bruit de la poitrine, la position du sommet du cœur et l'étendue de la matité et des bruits sont restés invariables. Cependant la force des impulsions du cœur avait un peu diminué à la longue ; mais cette diminution n'était pas considérable et toujours moindre que celle d'autres symptômes ; car nous avons vu que quelques uns de ces symptômes disparaissent complétement, ou sont tellement mitigés qu'ils cessent d'incommoder le patient.

La pathologie de cette affection est obscure ; mais les faits que j'ai rapportés, surtout ceux qui constatent la position du sommet du cœur, l'étendue de la matité à la percussion, et l'absence de bruits anormaux qui indiquent une maladie des valvules, semblent donner une explication suffisante du caractère de la maladie. Il me semble, si je ne me trompe, que tous les symptômes, tant dans leur nature que dans leurs progrès, peuvent s'expliquer par une seule supposition, savoir, que le cœur est un peu déplacé ; de sorte que son sommet se trouve serré d'une manière inaccoutumée contre les parois du thorax, et qu'il est aussi probablement disproportionnellement petit en volume. On ne peut nier, à la vérité, que l'hypertrophie concentrique, avec déplacement, peut aussi rendre compte de la plupart des symptômes ; mais si hypertrophie il y a, elle ne paraît pas augmenter avec le temps, autant que j'ai pu m'en assurer ; tandis que les symptômes peuvent très bien s'expliquer sans elle. La petitesse de volume du cœur conduit à une augmentation inusitée de force et de fréquence de ses contractions, sous l'influence des causes ordinaires d'excitation ; et si à chaque occasion de ce genre l'attention du patient est attirée vers la région cardiaque, le mal est exagéré, et il en résulte des désordres sérieux. — Les principes généraux du traitement sont faciles à saisir d'après les données précédentes et les détails des faits que nous avons rapportés. (Lond. and Edimb. m. journ. of med. sc., fev. 1845.)

De la constipation prolongée, sans étranglement ; *par M. W. Close, D. M. à Manchester.* — La simple accumulation de matières fécales dans le gros intestin produit très souvent un trouble sérieux des fonctions organiques, et quelquefois aussi des maladies graves : tout le canal, depuis le sphincter de l'anus, peut être le siége de cette accumulation. Elle devient

surtout considérable dans le rectum, dans l'arc du colon et dans le colon transverse. Par la compression que la matière occasionne sur les nerfs sacrés et sur les veines qui reçoivent le sang de retour des membres inférieurs, il en résulte des engourdissement, des douleurs névralgiques, de la paresse dans les mouvements des membres, et des gonflements veineux. D'un autre côté, la compression que la collection exerce sur le plexus hypogastrique, et les connections de ce plexus avec le nerf pneumogastrique, par l'intermédiaire du plexus solaire, donne lieu à un trouble plus ou moins prononcé des fonctions des organes digestifs et du cerveau. On comprend également d'ailleurs que la même cause met obstacle au libre passage du sang artériel dans les membres inférieurs; de là un transport plus considérable de sang aux voies supérieures, au cerveau, ce qui occasionne des céphalalgies, des torpeurs cérébrales, des vertiges. Disons enfin que la partie liquide des excréments est résorbée et passe dans le sang, puisque les matières retenues s'indurent, de demi-liquides ou molles qu'elles étaient, ce qui est une autre source de malaise général, de détérioration plus ou moins profonde de la santé.

Une jeune femme, domestique, m'a consulté en septembre 1842. Elle était malade depuis six mois; ses jambes avaient commencé à se gonfler, et les veines de ces membres à devenir variqueuses depuis cette époque; un ulcère s'était formé sur le devant de la jambe droite. Un praticien de renom l'avait soignée pendant plus de deux mois, l'ulcère s'était cicatrisé, mais sa santé générale avait continué à décliner; son appétit et sa force avaient baissé. Il en était résulté une aménorrhée; l'abdomen avait acquis un grand développement, et cet état était progressif quand je l'ai vue pour la première fois. La patiente avait présumé être enceinte, et cette présomption avait été jugée bien basée. A la fin cependant ses forces avaient tellement diminué, qu'elle avait été obligée de quitter le service et de se faire recevoir à l'Infirmerie royale, où elle est restée quelque temps; ensuite elle avait été congédiée comme incurable. A l'examen, M. Close a trouvé l'abdomen balonné et tympanisé; les membres inférieurs gonflés, œdématiés, variqueux. Ces deux caractères, joints au commémoratif, lui ont suffi pour le diagnostic. Il a cependant cherché d'abord à savoir à quoi pouvait tenir le gonflement des jambes et des veines : il n'a trouvé ni tumeur dans l'abdomen ou dans l'aine, ni d'hypertrophie au foie; il a dû en conclure que les symptômes tenaient à une congestion de matières stercorales dans les intestins. Il a donc prescrit des pilules d'aloès et de savon, d'après la formule de la Pharmacopée d'Edimbourg, ce qui a procuré des évacuations abondantes. Le même moyen a été continué avec le même résultat; bientôt le gonflement des jambes et de l'abdomen a diminué, et l'appétit a commencé à reparaître. Peu à peu les symptômes se sont dissipés, et la malade a guéri sous la seule influence de ces deux remèdes. « Je ne connais rien de mieux, dit l'auteur, que la combinaison du savon avec l'aloès, pour combattre la constipation, la paresse intestinale, un défaut de bile dans les excrétions rectales, etc. »

Une dame, âgée de 45 ans, avait été traitée d'abord au Dispensaire d'Ardwick, ensuite à l'Infirmerie royale pendant deux mois; elle gardait le lit depuis longtemps; elle se plaignait de balonnement abdominal, d'inappétence, d'agitation nocturne et de faiblesse excessive. Le balonnement abdominal était considérable et tympanique, et j'ai cru reconnaître, par le palpement, des duretés dans l'arc du colon. Je lui ai prescrit les pilules aloétiques et savonneuses, avec de petites doses de calomel, ce qui a procuré des garde-robes très copieuses et noires, excessivement fétides. En quinze jours de ce traitement, la malade a été mise sur pieds et en état de vaquer à ses occupations. Guérison.

Les cas de ce genre ne sont pas rares; je pourrais, pour ma part, en rapporter plusieurs, et si je me suis borné aux deux précédents, c'est parce que ces malades avaient déjà été traités sans succès dans des établissements publics, ou par des praticiens d'une grande expérience, faute d'un diagnostic exact. J'ai lu dernièrement les remarques suivantes dans les leçons de M. Williams, publiées dans le *Médical Times* : « J'ai vu de ces malades, dit l'auteur, qui offraient toutes les apparences d'une hydropisie avancée, et qui étaient traités comme étant atteints de maladies organiques ou de tumeurs diverses. Je me rappelle le cas d'un malade qui avait été reçu à l'hôpital, et traité depuis longtemps pour une affection organique du ventre; son abdomen était tellement distendu depuis six semaines ou deux mois, que les cartilages des dernières côtes étaient tout à fait soulevées, et pourtant la prétendue tumeur s'est dissipée après une purgation de quelques jours; et elle dépendait évidemment d'une accumulation excessive de matières fécales. » Quand la congestion a lieu pendant la grossesse, il en résulte des symptômes plus graves encore. Je pourrais rapporter plusieurs exemples de ce cas; je me contenterai du suivant :

Mme S. venait d'accoucher heureusement, et elle allait bien pendant les dix ou douze premiers jours, lorsqu'elle a éprouvé subitement une douleur intense dans la région du cœcum; la moindre pression sur ce point faisait jeter les hauts cris; des frissons se sont déclarés, puis de la chaleur, langue sèche, soif; en un mot, on était en présence d'une péritonite. On s'est hâté d'appliquer des sangsues, des fomentations émollientes, calomel et opium. Mieux pendant quelques jours. Une des nuits suivantes, retour instantané des mêmes symptômes. Comme la patiente n'allait pas régulièrement tous les jours à la garde-robe, j'ai soupçonné la présence possible d'une collection de matières fécales. J'ai donc prescrit les pilules de savon et aloès, ce qui a procuré des évacuations copieuses de matières fécales indurées. Les symptômes se sont graduellement dissipés, et la femme a guéri.

J'ai observé que cette condition de constipation était souvent une source de maladies organiques. J'ai traité en 1842, avec le docteur Wood et feu M. Fawdington, chirurgien distingué, un maître d'école qui est mort d'un carcinome à la portion sigmoïde du colon; la maladie a semblé pouvoir être attribuée à un arrêt de la fonction expulsive de l'organe. Sans doute que la maladie de l'intestin est elle-même une cause d'accumulation des matières (à part le rétrécissement); mais il est évident que cette accumulation une fois formée augmente la maladie elle-même, et c'est prévenir une pareille complication fâcheuse que d'entretenir le corps libre. Il est facile de se convaincre

d'ailleurs que la plupart des individus atteints de carcinome au colon sont précisément de ceux qui ont été habituellement constipés toute leur vie, qui ont mené une vie sédentaire, ou tellement occupée qu'ils ont souvent négligé la fonction excrétoire des intestins. Il en résulte une irritation mécanique sur cet organe, et si la chose se prolonge, les fèces indurées enflamment chroniquement, les parois de l'intestin s'épaississent, et leur dégénérescence a lieu. (Med. Times.)

Tubercules syphilitiques sous-muqueux de la langue, *guéris à l'aide de l'iodure de potassium; par M. Gauthier*, méd. à l'hospice de l'Antiquaille à Lyon. « — La femme F..., âgée de 42 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, ayant le goître et des glandes engorgées au col, encore réglée, mais très peu abondamment, a contracté, il y a quinze ans, une maladie vénérienne qui lui a été communiquée par un nourrisson. Elle eut, pour unique symptôme, des ulcères au sein. Cette femme, qui habite le département de la Loire, entra à cette époque à l'hospice de l'Antiquaille, où on lui fit prendre la liqueur de Van-Swieten pendant un mois. A la suite de ce traitement, elle se porta bien pendant quelques années. Elle a eu ensuite des ulcères à la gorge, quelques tubercules syphilitiques et un ulcère à la cuisse. On a cherché à guérir ces divers symptômes par des pilules mercurielles et des tisanes sudorifiques; mais la malade a pris ces remèdes pendant très peu de temps, parce qu'elle ne pouvait pas, dit-elle, les supporter. Cette femme, voyant toujours ses maux s'aggraver, est entrée, pour la seconde fois, à l'hospice de l'Antiquaille le 2 novembre 1844. Sa constitution est bien détériorée; son pouls donne 100 pulsations par minute; elle n'a point d'appétit, a souvent des frissons. Les piliers du voile du palais présentent deux ulcérations profondes. Le côté gauche de la langue est le siége de cinq tubercules sous-muqueux qui s'étendent depuis la base de cet organe jusqu'à son milieu; ils ont le volume d'une petite noisette; ils sont durs, rouges, sans fluctuation, ils ont commencé il y a quatre mois environ. En outre, il existe à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche un ulcère serpigineux de la largeur de la main, son centre est cicatrisé, mais la cicatrice est irrégulière et très difforme; ses bords présentent plusieurs points d'ulcérations avec décollement : les uns ont l'étendue d'une pièce d'un franc, les autres d'un écu de 5 francs. — L'administration de l'iodure de potassium fut commencée, chez cette malade, le 2 novembre, à la dose de 25 centigr. dans une tisane de gomme et de salep; un gargarisme iodé fut prescrit en même temps. Le 5 nov., iodure de potassium 50 centigr.; 10 novembre, iodure de potassium 75 centigrammes. Les ulcères du voile du palais sont presque cicatrisés; l'ulcère de la cuisse est beaucoup amélioré, les tubercules de la langue offrent moins de dureté et moins de volume. 15 novembre, l'ulcère de la cuisse est cicatrisé; les tubercules de la langue sont diminués des trois quarts : iodure de potassium 1 gramme; 22 novembre, la résolution des tubercules est presque complète. Le 26 novembre, l'iodure de potassium ayant causé des douleurs épigastriques et de l'insomnie, on en suspendit l'usage pendant quelques jours. Le 1er décembre, la résolution des tubercules de la langue est complète; l'ulcère de la cuisse est cicatrisé entièrement. L'iodure a été continué jusqu'à la fin de décembre; sa plus forte dose a été de 15 décigrammes. On a été quelquefois obligé de le suspendre, parce qu'il était mal supporté. Quoique l'iodure de potassium ait très bien guéri cette femme, il a peu augmenté l'appétit chez elle, et n'a pas non plus augmenté l'embonpoint : le pouls est resté fréquent.

« Les tubercules profonds du tissu cellulaire sous-muqueux de la langue sont un symptôme tertiaire que j'ai rarement observé. M. Ricord (*Traité pratique des maladies vénériennes*, p. 662), dit avoir eu dans son service deux malades qui en étaient atteints. Il ajoute qu'au toucher leur langue semblait être rembourrée de noisettes. M. Ricord dit que, dans ces deux cas, les destructions suppuratives qui survinrent furent horribles. Lorsque M. Ricord observa ces deux malades, il n'employait pas encore l'iodure de potassium. Nous pensons que si on l'eut mis en usage, on aurait peut-être pu empêcher la suppuration et obtenir la résolution, comme chez la malade dont je donne ici l'histoire. » (Jour. de méd. de Lyon, janv.)

TRANSACTIONS ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Vaccine. *Rapport de MM. Magendie, Breschet, Duméril, Roux et Serres, sur les revaccinations.* — Ce magnifique travail a été résumé par la commission dans les conclusions suivantes : 1° La vertu préservative de la vaccine est absolue pour le plus grand nombre des vaccinés, et temporaire pour un petit nombre. Chez ces derniers même, elle est presque absolue jusqu'à l'adolescence; 2° La variole atteint rarement les vaccinés avant l'âge de dix ou douze ans; c'est à partir de cette époque jusqu'à trente et trente-cinq ans qu'ils y sont principalement exposés; 3° En outre de sa vertu préservative, la vaccine introduit dans l'organisation une propriété qui atténue les symptômes de la variole, en abrége la durée et en diminue considérablement la gravité; 4° Le cow-pox donne aux phénomènes locaux de la vaccine une intensité très prononcée; son effet est plus certain que celui de l'ancien vaccin. Mais après quelques années de transmission à l'homme, cette intensité locale disparaît; 5° La vertu préservative du vaccin ne paraît pas intimement liée à l'intensité des symptômes locaux de la vaccine. Néanmoins, pour conserver au vaccin ses propriétés, il est prudent de le renouveler le plus souvent posssible; 6° Parmi les moyens proposés pour renouvellement, le seul dans lequel la science puisse avoir confiance jusqu'à ce jour, consiste à reprendre le vaccin à sa source; 7° La revaccination est le seul moyen d'épreuve que la science possède pour distinguer les vaccinés qui sont définitivement préservés, de ceux qui ne le sont qu'à des degrés plus ou moins prononcés; 8° L'épreuve de la revaccination ne constitue pas une preuve certaine que les vaccinés, chez lesquels elle réussit, fussent destinés à contracter la variole, mais seulement une assez grande probabilité que c'est particulièrement parmi eux que cette maladie est susceptible de se développer; 9° En temps ordinaire, la revaccination doit être pratiquée à partir de la quatorzième année; en temps d'épidémie, il est prudent de devancer cette époque.

FAITS CRITIQUES.

La Cuisine de l'Hôtel-Dieu. — Les prescriptions de la loi récente sur la Chasse ont emmené, à la cuisine de l'Hôtel-Dieu de Paris, un phénomène assez inusité pour les habitants de ce pieux établissement. L'autorité municipale venait de faire des captures considérables de gibier chez des marchands de comestibles. En même temps, les vigilants douaniers surprenaient aux barrières une multitude de

paniers pleins de volatiles et de quatrupèdes sauvages, que des spéculateurs avaient essayé de faire entrer dans la capitale sous de fausses adresses de personnes à hauts titres. L'administration des hôpitaux a reçu aussitôt des mains de la police tous ces objets dont le nombre s'élevait à 120 douzaines d'oiseaux (bécaces, faisans, perdreaux, grives, etc.), plusieurs centaines de lièvres et bon nombre de chevreuils. Les convalescents de l'Hôtel-Dieu ont été de suite appelés à l'éplumage de ce somptueux présent, et les cuisiniers se sont cru un instant transportés dans les cavaux des Roshild ou des Tuileries. Ce repas extraordinaire a été nuisible à presque tous les malades qui en ont fait usage, ils ont eu des indigestions, des coliques intenses; la plupart ont vomi; et le résultat a prouvé que de semblables présents seraient plus utilement adressés aux prisons, aux bureaux de bienfaisance pour les pauvres bien portants, ou, mieux encore, aux casernes occupées par les défenseurs de la patrie!

Les diplômes de l'Université de Giessen (Prusse). — Le *Medical Times* rapporte plusieurs lettres, par lesquelles un médecin de Londres, nommé Bond, offre, au prix de 1200 fr., des diplômes, parfaitement en règle, de docteur en médecine de l'Université de Giessen, à toute personne qui les désire. Il suffit de lui écrire et de le payer d'avance par un mandat sur une maison de Londres. Il se charge lui-même de la rédaction et de l'impression de la thèse, et fait parvenir le diplôme au domicile du candidat, dans quelque pays qu'il habite. Des relations qu'il a établies avec l'Université de Giessen lui permettent, dit-il, d'obtenir le diplôme dans l'espace de deux mois. Il en a déjà fourni plusieurs, et il ajoute qu'un praticien très répandu à Paris n'a d'autre titre que celui-là qu'il lui a fourni. On a dû voir, au reste, une annonce formelle sur l'offre en question dans le *Galignanis journal*. Il est étrange qu'une Université qui s'honore d'avoir un Liebig pour professeur, permette un pareil trafic. Les diplômes de M. Bond ressemblent pas mal aux Brevets de chevalier de l'ordre de l'*Eperon d'Or*!

Cours de M. Orfila. — On nous rapporte que dans une suite de leçons sur l'arsenic qu'il vient de faire à la Faculté de médecine, M. Orfila se serait oublié au point de citer par des épithètes inconvenantes les noms de quelques uns de ses adversaires scientifiques. Décidément le *galant doyen* ne se sent fort que là où ses adversaires n'ont pas la parole pour se défendre et pour relever ses propres erreurs. Il nous a honoré, nous dit-on, d'une manière toute spéciale, ainsi que MM. Flandin et Danger! — Fontenelle a écrit que : « Cicéron conclut que les Romains étaient le plus vaillant peuple du monde, de ce que chaque peuple se donnait le premier rang pour la valeur, et accordait toujours le second aux Romains.» (Éloge de Geoffroy.)

Un plagiat sur la belladone — Un médecin de Wurtemberg, M. Aberle, vient de publier, et la Gaz. des Hôp. de répéter, que, par suite d'une théorie à lui particulière, ce médecin vient de découvrir le moyen de faire expulser les petits calculs de la vessie, *sans opération*. Ce moyen consiste à frictionner le périnée avec de la belladone et à donner en même temps des émulsions en boisson. Cette pratique lui a parfaitement réussi sur seize enfants. Quant à la théorie, elle est basée sur l'action relâchante que la belladone exerce sur le tissu musculaire. M. Aberle a eu la prudente modestie de ne pas demander une récompense nationale pour sa double découverte, car elle aurait pu lui être disputée par son véritable auteur. Nous avons devant nous le vol. 58e des *Annali Universali* (1831), page 295 portant une observation de calcul urétral volumineux expulsé à la faveur des frictions de belladone au périnée, chez un grand personnage anglais, par M. Mojon, de Gènes; et le vol. 55e du même journal (1830), p. 231, qui contient une lettre de ce médecin à M. Civiale, dans laquelle la théorie et la pratique en question se trouvent expliquées; et enfin diverses brochures postérieures, en français ou en italien, dans lesquelles les mêmes idées sont reproduites. — M. Aberle exerce sur les bords du Danube, et il paraît que la Garonne communique quelque peu avec ce grand fleuve!

ANNONCES.

Sparadrap gélatineux préparé par A. ANCELIN, pharmacien. — Ce Sparadrap d'une grande souplesse, de différents degrés d'adhérence, est très propre au pansement des plaies, à la compression des varices, des tumeurs du sein, des membres hypertrophiés, du varicocèle, etc. Il n'occasionne ni érythèmes, ni érysipèle à la suite des opérations chirurgicales. Il est d'un précieux secours, comme moyen d'occlusion, dans la hernie ombilicale chez l'enfant, dans les plaies communiquant avec un foyer de fractures, dans l'ouverture des abcès par congestion, dans les escarrhes au sacrum, dans les engelures, etc.

Pour la préparation des écussons et des topiques médicamenteux, il remplace la peau blanche et le sparadrap ordinaire, avec un avantage d'autant plus grand, qu'il permet d'en faire l'application sans bandage.

Le même pharmacien fabrique les taffetas d'Angleterre de toutes qualités, et le Sparadrap officinal, auquel il a su conserver une souplesse indéfinie.

Adressser les demandes à la fabrique, rue Saint-Honoré, 274, ou aux Pyramides, au dépôt de Vichy, rue Saint-Honoré, 295.

Institut orthopédique dirigé par le Dr V. DUVAL, directeur des Traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, Lauréat de l'Institut, membre de plusieurs sociétés savantes.

Rue du Faubourg-du-Roule, 81, près la barrière de l'Étoile, sur le point le plus élevé de Paris.

Psychopathia sexualis, auctore H. KAAN, D. M. Lipsiæ 1844. — Paris, chez Fortin, Masson et comp., place de l'École-de-Médecine.

Les médecins de Paris, jugés par leurs oeuvres, *ou statistique scientifique et morale des médecins de Paris*, par M. Sachaille (de la Barre), D.-M. Un vol. in-8° de 634 pages. Paris, 1845. Cet ouvrage offre des documents curieux et intéressants. Chaque article est une sorte de biographie abrégée et fait connaître, avec une exactitude *approximative*, la valeur des médecins et chirurgiens dignes de ces titres, des docteurs charlatans qui exploitent la crédulité publique par l'annonce et la réclame.

— The Principles of surgery (Principes de chirurgie), par M. James Miller, prof. de chir. à l'Univ. d'Edimbourg, et chir. à l'infirmerie royale de cette ville. Un vol. in-12 de 716 p., petit texte. Edimbourg, 1844. — Nous rendrons compte de cet ouvrage

---

PARIS. — IMPRIMERIE DE LACOUR ET COMP.,
Rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel 33.

Troisième Année. Ce Journal paraît le Ier de chaque mois. N° 2. — Mai 1845.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

ET

DE TOXICOLOGIE.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.
»Alibert.»

—

Eaux alcalines froides.

Nouvelle source d'eau minérale alcaline, ferrugineuse et gazeuse acidule, découverte à Vals (Ardèche); par M. A. Dupasquier, ancien médecin à l'Hotel-Dieu de Lyon, professeur de chimie, etc. (1).

Les eaux minérales de Vals sont depuis longtemps célèbres par leur efficacité et figurent au premier rang des eaux ferrugineuses alcalines et gazeuses acidules froides. Chaque année, de nombreux malades viennent de toutes les parties de la France, et même de l'étranger, boire ces eaux à leurs sources mêmes, et beaucoup en éprouvent les plus heureux effets. Aussi leur réputation est-elle populaire comme celle des eaux de Vichy et du Mont d'Or. Les eaux de Vals sont d'ailleurs susceptibles d'être conservées sans altération; d'où il résulte que l'usage des eaux transportées, même à de grandes distances, est très fréquent dans la pratique ordinaire et rend de grands services pour le traitement des affections chroniques du foie et des autres organes abdominaux, dans la chlorose et les maladies anémiques en général, dans les affections calculeuses, etc.,etc.; bien qu'elles montrent cependant une plus grande efficacité lorsqu'elles sont prises directement à la source.

Les eaux minérales de Vals sont fournies par plusieurs sources très rapprochées les unes des autres; toutes, une excepté, *la Dominique*, paraissent présenter les mêmes principes minéralisateurs, mais en proportions assez différentes, ce qui offre l'avantage de pouvoir graduer leur administration et permet de les prescrire aux constitutions les plus délicates, comme à celles qui peuvent supporter, sans inconvénient, l'influence d'une médication énergique. — Les sources connues depuis longtemps sont : 1° *La Marie*, située sur la rive droite du torrent de la Volanne; cette source fournit l'eau la moins chargée en principes minéralisateurs. Aussi est-ce d'ordinaire par l'emploi de son eau que l'on commence le traitement. Elle convient particulièrement aux constitutions très délicates. 2° *La Marquise*. L'eau de cette source a son point d'émergence sur la rive opposée de la Volanne. Ses qualités physiques, comme son essai par les réactifs, font facilement reconnaître qu'elle est beaucoup plus fortement minéralisée que la précédente. 3° *La Camuse*. Cette source, plus éloignée du torrent que la précédente, fournit une eau dans laquelle les réactifs indiquent des proportions de principes minéralisateurs, à peu près égales à celles contenues dans l'eau de la Marquise. 4° *La Dominique*. Celle-ci diffère essentiellement des précédentes; son eau est beaucoup plus chargée de fer que celle des autres sources, *mais elle n'est nullement alcaline*. C'est une eau minérale ferrugineuse simple; le fer y est, dit-on, à l'état de sulfate ferreux, ce que je n'ai pas constaté, n'ayant dû m'occuper que de l'eau de la nouvelle source. Elle a une saveur atramentaire très prononcée et ne doit être administrée qu'avec beaucoup de précautions, son usage intempestif et non

(1) Ce travail que nous empruntons à l'un des organes scientifiques les plus importants de la province, le Journal de Médecine de Lyon, offre un grand intérêt, non seulement comme description topographique nouvelle, mais encore et surtout comme type de méthode analytique. Les médecins ne goûtent généralement que fort peu les études hydrologiques. Il y a là cependant des trésors thérapeutiques dignes de leur savoir et de leurs prescriptions (N. du Réd. des Ann. de Thér).

réglé par l'avis du médecin de l'établissement ayant donné lieu plusieurs fois à des accidents graves. — Indépendamment de ces quatre sources, on cite encore, dans les ouvrages généraux sur les eaux minérales, *la Saint-Jean* et *la Madeleine* ; mais il paraîtrait qu'elles ont cessé de couler, ou du moins qu'elles ne sont plus usitées, puisqu'on ne m'a montré que les précédentes.

La nouvelle source, nommée *la Chloé*, fournit en abondance une eau qui se rapproche beaucoup, par ses propriétés physiques et chimiques, de la Marquise et de la Camuse ; mais qui présente cet avantage particulier d'être complétement saturée d'acide carbonique, c'est-à-dire, d'en contenir autant que l'eau en peut dissoudre à la température moyenne du sol et à la pression ordinaire de l'atmosphère. C'est de cette source, récemment découverte et qui est venue augmenter les éléments de propriété de la commune de Vals et de ses environs, que je m'occuperai exclusivement dans cette notice, après avoir donné une idée générale de la topographie du pays.

§ I. Idée générale du pays. *Description de la nouvelle source la Chloé.* — Le bourg de Vals fait partie d'une petite vallée située au milieu des volcans éteints du Vivarais, au centre d'un pays très montueux, très accidenté. Placé sur les bords de la Volanne, rivière torrentueuse qui va bientôt se jeter dans l'Ardèche, il doit, à l'abri que lui forment les montagnes environnantes, une douceur remarquable du climat et une fertilité peu commune. Sur ces côteaux prospèrent à la fois et le châtaignier, robuste habitant des montagnes, et le mûrier et le figuier et même l'olivier, arbres frileux et délicats qui n'appartiennent qu'à la la constitution du midi. Cette végétation, mélangée des contrées du nord et des pays qu'aime le soleil, donne à son paysage, que sillonnent d'ailleurs de nombreux torrents, un aspect tout spécial, un caractère tout particulier d'originalité pittoresque ; aspect, caractère que rendent plus remarquables encore plusieurs cônes volcaniques surmontés de cratères éteints, peu éloignés de la vallée, et de vastes coulées de basalte dont les prismes multipliés se dressent et se serrent à chaque pas, pour attester que ce pays, aujourd'hui si calme, si riant, si fertile, fut autrefois tourmenté par de fréquentes éruptions, broyé, torturé, bouleversé dans tous les sens par la puissance irrésistible des feux souterrains. A cet aspect si varié et si pittoresque, à ce caractère tout particulier de son paysage, à son heureux privilége de posséder des eaux minérales très salutaires et très renommées, le pays de Vals joint encore le précieux avantage d'une richesse générale due à la culture du mûrier, à la production et au moulinage de la soie qui font l'occupation, à peu près unique, de ses habitants. Aussi, y trouve-t-on en abondance, comme dans les autres localités industrieuses et fertiles, tout ce qui peut assurer le confortable de la vie et, en particulier, ce qui est nécessaire pour fournir aux exigences d'une table recherchée : de la volaille, du gibier, d'excellentes truites, un laitage parfait, des fruits exquis, etc. Le bourg de Vals, auprès duquel sourdent les eaux minérales, est d'ailleurs très rapproché du Rhône (20 kilomètres), et peu éloigné de plusieurs centres importants de population : Privas, chef-lieu du département de l'Ardèche, n'en est distant que de 24 kilomètres, et le Puy, que de huit lieues ou 32 kilomètres; Aubenas surtout en est très rapproché : trois quarts d'heure suffisent pour aller de cette ville au bourg de Vals, en suivant une belle route qui domine, comme d'un amphithéâtre, toute la vallée de l'Ardèche et présente, particulièrement au lever du soleil, un spectacle vraiment magnifique.

Toutes les sources minérales prennent naissance à peu de distance les unes des autres et dans le même terrain, qui est une roche de transition quartzeuse et feldspathique très irrégulière, très tourmentée dans sa structure et qui offre, en quelque sorte, l'aspect d'un poudingue, par suite des dislocations multipliées qu'elle a dû subir. Par les fissures de cette roche s'échappent continuellement, et dans une grande étendue, des bulles nombreuses d'acide carbonique et des suintements aqueux qui, en se desséchant, laissent une efflorescence saline d'une saveur alcaline très prononcée. Le dégagement du gaz acide est si abondant et se fait par un si grand nombre de points, qu'on le voit former des courants ascendants très multipliés dans un ruisseau qui avoisine les principales sources et jusque dans le cours de la Volanne elle-même. — Il y a donc dans cette localité une cause puissante de minéralisation et une production très abondante d'eau alcaline gazeuse et ferrugineuse. Mais, comme la roche offre sans doute un obstacle à l'émergence de la source principale, elle se divise en un nombre infini de filets aqueux dont quelques-uns seulement fournissent assez de liquide pour qu'il puisse être recueilli dans un bassin et en assez grande abondance pour le service des malades. Au reste, il n'est nullement douteux qu'une grande partie de l'eau minérale, gênée dans son écoulement à l'extérieur, ne s'échappe par des conduits souterrains et ne se rende, du moins pour la plus grande partie, dans le lit de la Volanne où elle se mélange, en pure perte, à l'eau de cette rivière. C'est, du moins, ce qu'indiquent les nombreux et abondants dégagements d'acide carbonique dont il vient d'être fait mention et qu'il est très facile de voir et d'observer.

L'une des principales divisions de la source-mère se perdait ainsi sans voir le jour, sans utilité, et se rendait probablement dans le lit de la rivière, lorsqu'elle fut découverte dans le courant de l'année 1839, par M. Ferdinand Gaucherand, en creusant les fondations de l'habitation qu'il a fait construire au milieu d'un coteau très agréable, dans un site très pittoresque, sur la rive droite et à 150 mètres environ de la Volanne. Arrivés à 2 mètres de profondeur, les ouvriers furent frappés d'un bruit analogue à celui du bouillonnement de l'eau, d'une sorte de sifflement continu qui semblait indiquer un dégagement gazeux très abondant, ce qui fit supposer, avec raison, la présence peu éloignée d'une source d'eau minérale. Cette circonstance engagea M. Gaucherand à faire creuser plus avant, et l'on ne tarda pas à découvrir, entre 4 et 5 mètres de profondeur, un grand nombre de filets d'eau alcaline qui s'échappaient en même

temps qu'une quantité considérable de gaz acide carbonique. Bien convaincu que ces filets d'eau alcaline n'étaient pas moins précieux que des filons de matière métallique, M. Gaucherand continua ses recherches et parvint à réunir, dans un même réservoir, toute la masse de l'eau minérale, ainsi que la plus grande partie du gaz acide carbonique émis en même temps et par les mêmes conduits naturels que le liquide médicamenteux. Ce réservoir, qui a environ 1 mètre de profondeur, est surmonté par une pierre quadrilatère au milieu de laquelle se trouve l'ouverture d'écoulement. Cela fait, le propriétaire de cette source l'abrita au moyen d'une voûte qui recouvre une sorte de niche assez spacieuse pour recevoir quinze ou vingt personnes, et fit construire un escalier pour faciliter aux malades et aux simples curieux l'accès de cette nouvelle source.

Aujourd'hui, l'eau minérale de cette source se trouve enfermée dans ce réservoir au moment de son émergence, ainsi que la masse d'acide carbonique dont elle est accompagnée. Ce gaz, qui y arrive en abondance, éprouve d'abord, par l'effet de son accumulation, une compression momentanée qui donne lieu à l'écoulement saccadé ou intermittent de l'eau minérale. Cette circonstance de la compression du gaz, résultat de son accumulation rapide, est, d'ailleurs, rendue évidente par le reflux de l'eau et d'une partie du gaz lui-même qui s'échappe en produisant un léger sifflement à travers les fissures ou les joints imparfaits de la maçonnerie. Cette compression, du reste, n'est pas sans importance, car elle assure la saturation complète de l'eau par l'acide carbonique au moment où s'opère l'écoulement de ce liquide par l'ouverture du réservoir. L'extrême abondance de l'acide carbonique donne lieu dans l'intérieur du réservoir, au bouillonnement continuel de l'eau qui, soulevée incessamment par ce gaz, se trouve ainsi soumise à une agitation perpétuelle. Quand on enlève le bouchon qui ferme un trou placé à la partie supérieure de la fontaine, l'acide carbonique s'échappe en quantité considérable par cette ouverture, et si l'on en approche une bougie enflammée, elle s'éteint subitement. En respirant le gaz qui s'échappe ainsi en abondance, on éprouve un picotement de la muqueuse nasale semblable à celui que produit l'acide carbonique repoussé de l'estomac quand on boit de l'eau gazeuse acidule ou de la bière très mousseuse. Cette sensation, en outre, est accompagnée d'une odeur bitumineuse très prononcée.

La quantité considérable de gaz acide carbonique ainsi répandue sous la voûte où se trouve la source et dans l'atmosphère qui environne la fontaine pourrait porter à craindre, au premier aspect, que l'air n'y devînt quelquefois irrespirable; mais cette appréhension ne serait pas fondée, par la raison que la masse atmosphérique s'y renouvelle avec tant de rapidité que l'accumulation du gaz délétère est rendue par cela même impossible. Pour acquérir une certitude à cet égard, j'ai fait, à plusieurs reprises, l'analyse de l'air pris au dessous du bassin où tombe l'eau minérale, c'est-à-dire, dans la partie où le gaz, dégagé par la source, doit être le plus abondant, et je n'y ai reconnu, chaque fois, qu'un centième ou un centième et demi d'acide carbonique.

§ II. Quantité d'eau fournie par la source. — Pour reconnaître cette quantité, j'ai présenté à la fontaine un vase dont je connaissais la capacité, et j'ai tenu compte du temps employé pour le remplir. Il est résulté de cette expérience qu'elle fournit, par heure, 340 litres d'eau minérale, ce qui donne, pour vingt-quatre heures, un écoulement de 8,160 litres. D'après ce qui m'a été rapporté par le propriétaire de la source, cet écoulement ne parait pas varier de quantité, même dans les temps de pluie ou de sécheresse, ce qui indiquerait que l'eau arrive en tout temps à son point d'émergence sans aucun mélange d'eau pluviale.

§ III. Examen physique. 1° *Apparence.* — Reçue dans un verre au moment de sa chute, elle paraît d'abord bouillonnante par l'effet du dégagement d'une partie du gaz qu'elle tient en solution. Par le repos, elle devient bientôt limpide et parfaitement incolore. En l'agitant quelques secondes, on voit de nouveau s'y dégager un grand nombre de bulles de gaz, mais beaucoup moins volumineuses que les premières. Cet effet peut être reproduit plusieurs fois par de nouvelles agitations. 2° *Odeur.* — Dans l'état de repos et lorsqu'elle est limpide, cette eau ne manifeste qu'une odeur à peine sensible ; mais quand on l'agite avec force dans un verre rempli à moitié et bouché par l'application de la main et qu'on respire ensuite le gaz qui s'est dégagé, on perçoit, indépendamment du picotement de la muqueuse nasale produit par le contact de l'acide carbonique, une odeur bitumineuse très prononcée. Cette odeur diminue par le repos et finit par devenir insensible. Mais de nouvelles agitations peuvent la faire successivement reparaître un assez grand nombre de fois. Quand on agite l'eau de la manière qui vient d'être indiquée, la main qui recouvre le verre, éprouve l'action d'une force répulsive assez énergique, et dans ce cas, si l'on soulève un peu la main ainsi appliquée sur le verre, le gaz comprimé s'échappe avec force, en produisant une sorte de sifflement. Cette expérience peut être recommencée sept ou huit fois de suite avec la même eau ; elle produit les mêmes effets à chaque agitation nouvelle, seulement ils diminuent graduellement d'intensité, ce qui annonce une diminution progressive dans la quantité du gaz dégagé. Quand cette eau minérale a été agitée trois ou quatre fois et qu'elle a perdu déjà une assez forte proportion de son acide carbonique, si l'on applique la main sur le verre, l'eau dissout alors de nouveau une partie du gaz acide carbonique contenu dans la couche d'air qui la recouvre; il se forme, par conséquent, un vide intérieur et la pression atmosphérique fait adhérer fortement les bords du verre à la main qui y était appliquée. Cette expérience peut être recommencée deux ou trois fois et donner lieu au même résultat. L'agitation, dans ce cas, fait dégager une partie du gaz qui était en solution, lequel se redissout ensuite quand le liquide revient à l'état de repos. 3° *Saveur.* — Cette eau a une saveur piquante acidule très prononcée et comparable

à celle de l'eau gazeuse ordinaire; mais elle manifeste, de plus, une saveur ferrugineuse très sensible, mais peu désagréable, par la raison qu'elle se trouve masquée par la rapidité du gaz acide carbonique. 4° *Toucher, impression sur la peau.* — Indépendamment de la sensation produite par sa fraîcheur, elle se montre un peu onctueuse ou savonneuse au toucher, ce qui tient à la quantité considérable de bi-carbonate de soude qui s'y trouve dissoute. 5° *Température.* — Plusieurs expériences faites en tenant un thermomètre plongé dans l'eau minérale au moment où elle tombe du réservoir, ont donné les résultats suivants :

Date de l'expér.	Temp. de l'air.	Temp. de l'eau min.
25 juin, à midi.	22° cent.	14° cent.
26 déc., à 7 h. du m.	19°	14°
Id., à 10 h. du m.	21°	14°

Cette température de 14 degrés centigrades paraît donc être constante. D'ailleurs, le docteur Ambry, qui a été pendant longtemps médecin inspecteur des eaux de Vals, s'est assuré, par une continuelle observation, que la température de l'eau des autres sources ne variait pas. De tout cela, on peut donc conclure que la température de l'eau minérale nouvellement découverte est également invariable.

§ IV. Examen du gaz dégagé a la source.—Quand on remplit une éprouvette de ce gaz et qu'on l'aspire immédiatement par le nez, il détermine, au contact de la muqueuse nasale, un effet analogue à celui que produit une bouteille de bière fortement mousseuse qu'on vient de déboucher. Ce premier effet passé ou affaibli, on peut percevoir alors l'odeur bitumineuse très sensible dont il a déjà été parlé. Le même effet est produit quand on aspire ce gaz à l'ouverture supérieure de la fontaine, ouverture par laquelle il s'échappe (quand on la débouche) en quantité très considérable. Pour reconnaître si ce gaz se trouve mélangé d'air atmosphérique, j'en ai recueilli une éprouvette avec toutes les précautions convenables, puis j'y ai introduit un petit fragment de potasse à l'alcool qui en a déterminé l'absorption immédiate et totale. L'éprouvette, en effet, ayant été plongée dans l'eau, ce liquide s'y est précipité avec force et l'a si complétement remplie que pas une seule bulle de gaz n'y est restée. Il résulte de cet essai que le gaz dégagé à la source est de l'acide carbonique pur ou parfaitement exempt d'air atmosphérique. Ce gaz diffère cependant, par son odeur bitumineuse, de celui qu'on obtient en traitant le marbre par un acide; mais cette odeur est évidemment due à un principe fugace inappréciable à l'analyse chimique comme toutes les émanations insaisissables par les réactifs et qui constituent ce qu'on appelle les odeurs. (La suite au prochain numéro.) (1).

(1) Cette dernière assertion n'est plus admissible dans l'état actuel de la science hydrologique, surtout depuis le récent travail du professeur Ragazzini de Padoue, sur la fixation du principe bitumineux des eaux minérales, et que nous avons fait connaître (t. 2, p. 286). Ce que M. Dupasquier appèle l'odeur ou les émanations insaisissables des eaux minérales, n'est autre, en effet que de l'huile de naphte volatilisé et que M. Ragazzini a su concréter et isoler. — N. du Réd. des Ann. de Thér.

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

Eaux thermales d'hiver.

Des Eaux thermales de Bath, en Angleterre.

L'Angleterre, riche en produits artificiels, ne possède qu'un sol ingrat, même au point de vue des eaux minérales. Ce grand pays offre à peine quelques sources, encore leur composition n'est-elle pas des plus importantes, et la plupart d'entre elles sont froides. Les sources thermales sont à peine au nombre de quatre ou cinq: la principale est celle de Bath, si renommée dans la Grande-Bretagne, à laquelle on se rend en été comme en hiver, mais surtout dans la saison la plus froide, depuis novembre jurqu'à avril, alors que, sur notre continent, les richesses de la nature en eaux minérales sont abandonnées à la terre et à quelques couleuvres qui viennent s'y rechauffer. Nous allons y jeter un coup-d'œil, en prenant pour guide le travail récent de M. Edwin Lee, que nous avons déjà eu l'occasion de citer plus d'une fois (The mineral springs of England, etc.). — Bath est une des plus belles villes de l'Angleterre, ville de 50,000 âmes, bâtie dans une magnifique vallée, entourée de collines élevées sur lesquelles dominent de magnifiques maisons de plaisance. Elle est grandement exposée aux vents du sud et garantie, par les montagnes, des vents du nord; il en résulte une température extrêmement chaude, étouffante en été, et des plus douces en hiver. Cela explique déjà la prédilection des malades pour cette localité en hiver. Sous ce rapport, Bath est vraiment le Sebetum (Naples) de l'Angleterre. Peu de malades y vont en été; mais dans l'hiver, on y compte de dix à douze mille visiteurs, quelquefois davantage. L'administration publie, chaque semaine, le Bulletin des nouveaux venus et des sortants. On prévoit déjà que Bath est une ville d'or, car l'Anglais aime, comme on le sait, le confortable, et les spéculateurs d'outre-Manche savent le satisfaire. L'établissement de Bath est des plus intéressants: il se compose d'un bâtiment officiel, de plusieurs bâtiments particuliers voisins qui tirent l'eau de la même source, d'une Buvette et d'une Piscine chaude, de 60 pieds de long et de 20 pieds de large, où les deux sexes se baignent alternativement. Les établissements particuliers servent également de bains, mais l'eau est déjà moins chaude en y arrivant; ils prennent les noms de *King's-Bath* (bain du roi), *Queen's-Bath* (bain de la reine), *Hot-Bath* (bain chaud), *Cross Bath* (bain de la croix). Deux hôpitaux y sont accolés, dont un payant et l'autre pour les pauvres. Une grande propreté règne partout; des cabinets à douche sont annexés à chaque bain. Les baignoires sont très hautes, c'est-à-dire très profondes; on les remplit assez d'eau pour que le baigneur, y étant debout, le liquide puisse lui couvrir la poitrine; il peut ainsi faire de l'exercice corporel, se promener ou rester assis commodément pendant son séjour dans le bain. C'est encore là une chose importante à la-

quelle on devrait se conformer chez nous. Le temps de demeure dans chaque bain est fixé par le médecin; les valétudinaires y restent ordinairement plusieurs heures par jour, et la chose est possible surtout dans les établissements particuliers. On défend formellement de prendre le bain trop chaud ; mais les choses sont disposées de telle sorte, que chaque baigneur règle la température à loisir, selon ses impressions. Au nombre des visiteurs, est une quantité de riches gentlemens bien portants, et de petites maîtresses qui y prennent les eaux pour se mieux porter, ou pour prolonger la saison printannière de leur vie. On a observé que ceux qui prenaient tous les jours un bain de plusieurs heures vivaient très longtemps. De là la réputation de remède de longévité que ces eaux se sont faite. Ajoutons que les bains étant au centre d'une grande ville, les plaisirs de toutes sortes y abondent. Les baigneurs se disséminent d'ailleurs dans les différents quartiers, et ils n'éprouvent pas l'ennui de la monotonie que procure la vie commune des établissements du continent.

Les thermes de Bath sont très anciennes, elles paraissent avoir été découvertes et édifiées par les Romains, ainsi que cela résulte des débris conservés de monuments anciens. Leur température est de 109° à 117° F. M. Lee compare ces eaux, au double point de vue de la température et des propriétés, à celles de Baden-Baden et de la Fontaine-Nouvelle de Bagnères de Bigorre. Ce sont des eaux salines dont le principe dominant est le sulfate de chaux, mais elles ne contiennent pas un seul atome de muriate de soude, ce qui les exclue déjà de la famille des eaux iodées. Au surplus, la quantité totale des sels qu'on y rencontre est bien faible. Voici l'analyse enregistrée par l'auteur que nous venons de citer :

Chaque pinte contient :

Muriate de chaux.	1.2 (grains)
— de magnésie.	1.6
Sulfate de chaux.	9.5
— de soude.	0.9
Silex	0.2
Oxide de fer.	0.01985
Perte (carbonate de soude). . .	0.58015
	14 grains

Gaz acide carbonique, 1.2 pouces cubes.

Les cures qu'on obtient annuellement à Bath sont considérables, surtout parmi les goutteux et les vieux rhumatisants, dont le nombre est énorme en Angleterre. Viennent ensuite les paralysies, les affections chlorotiques et obstructions viscérales. Il est en France de nombreux établissements thermaux dont on pourrait tirer, en hiver, un immense parti pour la santé publique. Les préjugés, malheureusement, envahissent tout; on s'imagine que les eaux minérales nuisent en hiver, on croit que le séjour aux sources n'est pas possible à cause de la sévérité de la saison et du peu de commodité que les baigneurs y trouveraient. Voyez cependant les bienfaits qu'on en retire en Angleterre et en Allemagne! Quand on aura mieux goûté, en France, l'importance thérapeutique des eaux minérales; quand ces médicaments précieux auront été quelque peu étudiés par les médecins (car jusqu'à présent on ne s'en occupe qu'à peine), nous avons la conviction que ce problème de salubrité publique, sur lequel nous sommes si souvent revenu, trouvera aisément ses éléments de solution.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CLINIQUE DE M. BOUILLAUD.

On s'est formé des idées si diverses, souvent si exagérées ou erronées, de la méthode des saignées coup sur coup que suit M. le professeur Bouillaud, à la Charité, que nous avons senti le besoin de voir de nos propres yeux ce clinicien agir au lit du malade. Ne cherchant que la vérité, nous dirons nos impressions pendant tout le temps que nous suivrons les visites de M. Bouillaud. Notre projet étant d'ailleurs de comparer les différentes pratiques médicales des hôpitaux, ainsi que nous le faisons déjà pour les pratiques chirurgicales, nous nous proposons de suivre nous-même les différents services et de relater les faits avec toute l'exactitude et l'indépendance qu'on nous connaît. Nous ne parlerons pas d'un seul malade sans l'avoir vu, examiné, suivi. C'est déjà dire que nous entendons assumer toute la responsabilité de l'exactitude des détails que nos articles renferment. Pour la plus grande authenticité nous copierons souvent les détails sur les notes journalières dictées par le professeur au lit du malade, et nous citerons le nom de l'élève rédacteur, afin qu'on pût vérifier au besoin. Les faits ci-après ont été rédigés par M. Typaldos-Prétendéris et reconnues exactes par M. Bouillaud ; les réflexions cependant nous appartiennent.

Déjà, pour commencer, nous devons dire qu'à part le bienveillant accueil dont M. Bouillaud nous honore, notre présence à la clinique nous a valu des interpellations de la part du professeur sur la médecine italienne, en particulier sur l'action des remèdes dynamiques, hyposthénisants et hypersthénisants. Une discussion assez vive a été entamée; elle a dû être close promptement, des convictions diamétralement opposées ayant été exprimées. Il est probable que des discussions moins répulsives renaîtront dans l'intérêt de la science. On va voir par les réflexions que nous ajoutons aux observations ci-après, que nous avons conçu la plus haute opinion de la manière d'observer les malades par M. Bouillaud, de la précision mathématique qu'il porte dans l'exploration, dans le diagnostic, dans le pronostic; de l'énergie mesurée de ses médications dans les maladies aiguës, et des succès vraiment remarquables qu'il obtient à la journée; à tel point que nous ne craignons pas de le déclarer dès à présent : la clinique de M. Bouillaud est ce qu'il y a de plus élevé, de plus parfait dans l'état actuel de la médecine en France; mais nous devons avouer avec la même franchise : la prévention de cet habile clinicien est telle, pour des pratiques autres que la sienne, qu'il

est impossible d'engager verbalement et avec calme une discussion impartiale avec lui. Ainsi, par exemple, la thérapeutique dynamique, qui vise aujourd'hui à enrichir l'art de ressources précieuses, pour être ajoutées, au moins, à ce que la science possède déjà; qui se fait place partout où règne l'indépendance d'observation et le désir de nouvelles conquêtes, la thérapeutique dynamique, disons-nous, est bannie par M. Bouillaud, avec une telle prévention qu'il ne daigne même pas en prendre une connaissance quelque peu exacte. On s'imagine qu'il s'agit de théories, de doctrines, de jeux de forces inconnues; et les successeurs des Morgagni, des Scarpa et des Volta, qui ont créé l'âme de la physique et de la chimie des trois règnes, ne seraient plus aujourd'hui, aux yeux de certaines personnes, que de mauvais observateurs! Nous espérons combattre des préventions aussi fâcheuses pour la science et pour les hommes, rétablir les faits en invoquant l'expérience clinique, en faire voir toute la valeur et mettre enfin en plein jour les services immenses que les travaux de l'École italienne, travaux ignorés ou non compris en France, rendent journellement et d'une manière non interrompue depuis un demi-siècle, à la thérapeutique. Ce sera pour nous une occasion de rendre aux cliniciens des hôpitaux de Paris l'hommage dû à leur haut mérite, et aux inventions qui leur sont propres et qui honorent la médecine de notre époque. Nous tenons à donner d'abord, avec de grands détails, quelques faits de la clinique de M. Bouillaud; on aura par là, de suite, les élements de la méthode qu'il suit et des réflexions qu'elle nous suggère.

Pleuropneumonie, *affectant les trois cinquièmes inférieurs, postérieurs du côté gauche, au 2e degré, chez un sujet peu vigoureux, lymphatique. Cas grave. Heureuse application de la formule.* — Le nommé Eymard, âgé de 17 ans, tailleur, constitution faible, tempérament lymphatique, malade depuis quatre jours, entré à la Charité le 15 avril 1845, a été couché au n° 23 de la salle St-Jean de Dieu. Il avait fait, à l'âge de 16 ans, une maladie de poitrine qu'il ne peut bien caractériser, mais pour laquelle il dit être resté huit jours au lit; il est très sujet aux rhumes et aux palpitations, il est essoufflé, surtout quand il marche un peu vite. Il y a quatre jours, il a été pris de légers frissons et d'une douleur assez vive dans l'hypochondre gauche, avec gêne de la respiration, fièvre continue et toux fréquente, suivie d'expectoration jaunâtre. Il fut obligé de s'aliter de suite, et, pour traitement, il lui fut pratiqué chez lui, le 2e jour, une saignée, laquelle amena un léger soulagement, au dire du malade. Il attribue sa maladie à l'action du froid, auquel il avait été exposé étant en sueur. Il était, au reste, habituellement bien logé et bien nourri.

Au premier examen, le soir, on trouve l'état suivant: Visage pâle et abattu; peau chaude, légèrement moite; température abdominale, 39° c.; pouls 88 à 92, petit. Toux peu fréquente, sèche; le crachoir contient une demi-palette de crachats séro-albumineux, entre lesquels il y en a trois qui sont visqueux, demi-transparents, évidemment rouillés. La respiration n'a pas été comptée. Persistance de la douleur dans l'hypochondre gauche, augmentant pendant la toux et les mouvements respiratoires. La percussion donne une résonnance bonne en avant, des deux côtés. L'auscultation fait aussi constater une respiration un peu forte à ces mêmes côtés. En arrière et à gauche, matité, depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas. L'oreille appliquée dans cette région perçoit un souffle bronchique double, surtout vers la moitié inférieure de la fosse sous-épineuse, avec retentissement bronchophonique de la voix. On distingue aussi quelques bulles de crépitation fine et sèche autour. La résonnance est bonne; respiration puérile. La matité du cœur est légèrement augmentée; les battements sont plus forts et plus larges que ne le comporte la constitution du sujet; ils sont réguliers d'ailleurs. La pointe de cet organe bat plus en dehors que d'habitude. Le premier bruit est plus sourd, mais sans souffle notable en ce moment; le second bruit est bien frappé. Léger souffle continu dans les carotides. Langue molle, légèrement saburrale. Ventre souple. Pas de dévoiement; pas de mal de tête. Diagnostic *ut supra.* — On a pratiqué, ce soir, une *saignée* en trois palettes.

Le lendemain matin, 16 avril, on constate l'état suivant: Caillot de la saignée, retracté, recouvert d'une couenne épaisse, dense, résistante, d'une couleur jaunâtre très prononcée. Le caillot lui-même est d'une bonne consistance. Crachats albumineux, offrant, quelques uns d'entre eux, une teinte rouillée faible. Le malade se sent mieux. La gêne de la respiration, la douleur de côté et la toux, ont diminué. Le pouls est à 104, assez développé, un peu flasque. La chaleur de la peau a diminué, elle donne 38° sur l'abdomen. Résonnance bonne en avant, des deux côtés, ainsi que la respiration. Battements du cœur forts. En arrière, résonnance faible à gauche, depuis la fosse sous-épineuse en bas, où la matité va en augmentant; souffle bronchique assez marqué, surtout pendant la respiration, avec quelques bulles de crépitation humides. Rétentissement éclatant, sans altération notable de la voix. — Confirmation du diagnostic ci-dessus. On prescrit: *saignée* de trois palettes, à répéter le soir. *Ventouses* scarifiées à la partie postérieure gauche de la poitrine, trois palettes. Cataplasme émollient. Pour tisane: guimauve sucrée, deux pots; gomme, un pot; Julep diacodé. Diète.

Le 17 avril, le caillot de la première saignée d'hier (laquelle avait mal coulé) présente une couënne épaisse, dense, résistante, sans retraction; mais le caillot lui-même est d'une bonne consistance. Le caillot de la deuxième saignée est retracté, recouvert d'une couënne dense et jaunâtre; il est d'une consistance moyenne, et la sérosité est limpide. Les rondelles des ventouses sont réunies en une seule masse glutineuse; la sérosité est rouge. Crachats peu abondants, albumineux, dont trois ou quatre faiblement rouillés. Chaleur fébrile modérée, avec moiteur. Pouls 96 à 100, médiocrement développé, un peu flasque. La respiration est moins gênée. Le malade dit se sentir mieux qu'hier. La douleur du côté est moindre, ainsi que la toux. Résonnance et respiration bonnes en avant des deux côtés. En arrière, résonnance bonne à droite, avec quelques bulles disséminées de crépitation humide vers la base du poumon. Souffle bronchique très prononcé dans la partie supérieure de la fosse sous-épineuse et dans la fosse sus-épineuse. Retentissement de la voix dans la région du souffle. Plus bas, la résonnance commence à se montrer. Le souffle bronchique d'hier a disparu, et la respiration commence à s'entendre mêlée de crépitation fine et diffuse. Le malade, au reste, se sent très faible, et garde difficilement la position assise. — Prescription: *Saignée* de trois palettes. Vésicatoire de 15 centim. (cinq pouces) sur l'omoplate gauche. Pour boisson: gomme sucrée, deux pots; guimauve sucrée, un pot; julep de tridace. Diète.

Le 18 avril, caillot de la saignée de la veille en partie détaché des parois du vase, mais recouvert d'une couënne très épaisse et dense. Le caillot lui-même est d'une consistance médiocre. Les crachats d'hier sont albumineux, blancs, sans teinte rouillée. Le malade se trouve bien mieux, il n'a pas toussé ni craché depuis hier au soir. Chaleur médiocre de la peau. Moiteur générale. Pouls 84 à 88, petit, non redoublé. Nuit bonne; sommeil passable. Respiration à 20 24. Pas de selles alvines libres. Le souffle de la région du scapulum a notablement diminué; plus bas, la respiration est à peu près normale; pas de crépitation. En avant, la respiration est bonne. — On prescrit : une saignée conditionnelle pour le soir; boissons *ut supra;* diète. — A la visite du soir, le malade se trouvant mieux, la saignée conditionnelle n'a point été pratiquée. Le souffle de la région du scapulum est à peine sensible; on y entend une crépitation fine et humide.

Le 19 avril, crachats blancs, assez muqueux. Le malade se trouve bien. Chaleur à peu près normale de la peau. Pouls à 80, toujours modérément développé et un peu flasque. Respiration 23. Résonnance bonne en avant, des deux côtés; respiration pure. Le souffle de la région scapulaire gauche n'est point revenu. La respiration est à peu près normale et sans crépitation; un peu de résonnance de la voix qui tient probablement à la grande maigreur du sujet. Pas de soif. Appétit. — Convalescence déclarée. — Guimauve. Gomme. Julep. Un bouillon coupé. — Le 20, le malade va de mieux en mieux. Les crachats s'épaississent et deviennent tout-à-fait muqueux et blancs. Pouls 72. Le bouillon a bien passé, il a été pris avec plaisir. (Un bouillon, un potage). Guérison. — (Rédaction de M. Hypaldos, sous la dictée de M. Bouillaud, au lit du malade.)

— On peut envisager à un double point de vue cette belle observation. Sous le rapport pathologique, il s'agit, comme on le voit, d'un des cas les plus embarrassants, vu la gravité intrinsèque de la maladie sur une constitution grêle, lymphatique, peu apte à tolérer une médication énergique, proportionnée à l'intensité de l'affection. L'organisme était, pour ainsi dire, frappé de stupeur par le travail morbide; le malade ne pouvait se tenir assis sur sont séant, il vacillait comme un mourant; le pouls était petit, la physionomie pâle, décomposée, et l'on aurait au premier coup-d'œil pronostiqué une mort prochaine. L'auscultation et la percussion, exercées avec la précision remarquable qu'on connaît à M. Bouillaud, ont de suite traduit, aux yeux des personnes présentes, l'état de chaque point des organes thoraciques, et le mal profond s'est trouvé mis en relief et circonscrit avec une précision mathématique dans son siège, dans son degré d'intensité, dans ses complications, dans sa marche ascendante ou descendante, jour par jour, heure, par heure. On comprend que, saisie de la sorte, traquée pour ainsi dire par une main intelligente et résolue, elle ait été ébranlée, réduite à néant dans un très court délai. Cette manière de caractériser le mal par des moyens d'investigation que nos ancêtres ignoraient, donne naturellement à l'art un véritable caractère de science exacte et relève au plus haut degré nos moyens d'action; et le courage raisonné que soutient naturellement le sentiment de la clairvoyance nous met à même de déployer une puissance proportionnée à l'énergie de l'affection, et de concentrer nos moyens précisément sur le point lésé. — Au point de vue du traitement, ce fait offre le plus grand intérêt. Le cas semblait, en effet, des plus graves. On a dû remarquer que le mal était déjà au 7e jour, quand le patient a été reçu; une seule saignée avait été faite, une autre a été pratiquée le soir de son entrée. Le lendemain, jour de l'examen à la clinique, trois saignées hardiment, coup sur-coup, savoir : deux par la lancette, une troisième par les ventouses, ce qui fait cinq, dont 4 en 24 heures. Le surlendemain, nouvelle saignée, ce qui fait six en tout, et le mal a commencé à décliner. On s'est arrêté dès le moment où le mal a retrogradé franchement, tout en se tenant en garde par une prescription conditionnelle qui est devenue heureusement inutile. La convalescence était déjà déclarée le quatrième ou le cinquième jour. Ces faits se sont passés sous nos yeux, et bien qu'à la première lecture ils pourraient ne rien offrir d'inconnu, il est plus que probable que sans ce coup hardi des quatre premières saignées, dictées par un diagnostic précis, le mal eût continué à marcher, et le patient aurait succombé, malgré qu'il eût été traité d'ailleurs par les saignées qui, d'ordinaire, sont moins vigoureuses quoique abondantes, par cela même qu'elles ne sont pas assez rapprochées pour constituer une action compacte, proportionnée à la vigueur totale de la maladie. Il est incontestable que cette manière d'agir, élevée en règle générale, éclairée par un diagnostic circonscrit physiquement, constitue dans les maladies aiguës une méthode nouvelle, différente de celle qui consiste à saigner d'une manière vague ou sans d'autres guides que l'aspect du visage et l'état du pouls. Il est évident que, loin de trop saigner, la méthode en question retire au total moins de sang, car, dans les pneumonies, on saigne généralement à outrance; mais qu'en résulte-t-il souvent? Le mal est un peu affaibli après la première saignée; on attend au lendemain, il a repris alors sa marche ascendante; on l'affaiblit de nouveau par une nouvelle saignée, il reprend ensuite la même marche et ainsi de suite jusqu'à ce que l'affection s'élève vers la période d'incurabilité où l'organisme ne tolère plus les saignées, et la mort survient. On se trouve ainsi avoir tiré beaucoup de sang sans avoir enrayé la maladie. La formule de M. Bouillaud consiste donc, si nous la comprenons bien, dans des applications rapprochées des saignées générales et locales, guidées par l'inspection la plus attentive des organes, et visant à produire dès l'abord un coup décisif sur le travail phlogistique; de telle sorte qu'il rebrousse chemin d'une manière incessante dès les premières atteintes de la médication. On entretient ensuite raisonnablement cette marche jusqu'à ce que le déclin est assuré par le flambeau de l'exploration toujours. C'est précisément dans cette exploration auscultante et percutante que M. Bouillaud lit pour ainsi dire dans les poumons comme dans le cœur, dans l'aorte comme dans les carotides, la prescription que dicte la nature

elle-même. C'est là la source des progrès de la médecine du jour. Or, comment s'entendre sous ce rapport avec les médecins qui n'auscultent ni ne percutent, qui n'explorent que superficiellement les organes? Nous croyons comprendre par là la ferme résolution, la résolution assurée que M. Bouillaud présente quand il s'agit d'attaquer les maladies inflammatoires, et les succès remarquables qu'il obtient à sa clinique.

Névralgie fémoro-poplitée (sciatique). *Intensité moyenne.* — Le nommé Miquel, âgé de 27 ans, profession tailleur de pierre, habite Paris depuis deux ans, malade depuis un mois, alité depuis quinze jours, a été reçu à la clinique le 14 avril. Constitution de force moyenne, tempérament lymphatique. Il était entré dans le même service en décembre dernier pour une varioloïde. Il n'a jamais fait de maladie grave, mais il est sujet aux rhumes et aux palpitations. Il y a deux ans, il a essuyé une névralgie sciatique au côté gauche, qui l'obligea de quitter ses occupations pendant deux mois; il fut traité alors par quelques frictions et le repos. Depuis un mois, il commença de nouveau à ressentir quelques douleurs dans la continuité de la cuisse gauche, mais il a pu continuer péniblement ses travaux. Depuis quinze jours, les douleurs ont augmenté et se font sentir dans le trajet du nerf sciatique; elles ont été tellement vives que le malade a dû quitter son travail et s'est fait recevoir à l'hôpital; il y est venu à pied, mais très difficilement.—*État actuel.* Visage bon. Le malade indique le trajet de sa douleur dans la direction du nerf sciatique, depuis l'échancrure sciatique jusqu'à la malléole externe. La pression dans tout ce trajet est douloureuse; les mouvements exaspèrent la douleur. Percussion : résonnance bonne partout. Auscultation : respiration également bonne. L'état du cœur est normal. Rien de notable aux organes digestifs. Pouls à 68—72. Pas de traitement le soir de son entrée.

15 *avril*, à la visite du matin. Le malade indique la douleur dans le trajet du nerf sciatique, depuis l'échancrure sciatique jusqu'à la malléole externe. La douleur n'a pas empêché le patient de dormir, les accès n'étant pas très violents. Pouls à 64, un peu de chaleur. Prescription : une application de ventouses de quatre palettes à la partie postérieure de la cuisse et un peu plus bas. Cataplasme laudanisé. Boisson : guimauve, bourrache. Une pilule d'opium. Diète. — *Le* 16 *avril*, le malade s'est senti soulagé après les ventouses; la douleur s'est fait moins sentir; la nuit a été très tranquille, le malade a bien dormi. La sérosité du sang des ventouses est à peine rouge; les rondelle de sang sont réunies en un seul caillot de consistance bonne. Prescription : large vésicatoire à la partie postérieure de la cuisse. Deux bouillons pour aliments. — Le 17, le malade n'a senti que la douleur de son vésicatoire, les mouvements du membre sont plus libres. La nuit a été bonne. On accorde deux bouillons et deux potages. — Le 18, le malade ne ressent plus de douleur, il peut mouvoir la cuisse, il commence à marcher un peu. On permet des aliments (une portion). — Le 19, plus de douleur; le malade marche; il paraît guéri et demande sa sortie. (Rédaction de M. Hypaldos Prétenderis.)

— On est encore si loin de s'accorder sur la nature de la sciatique, qu'il importe de recueillir avec soin les faits significatifs, comme le précédent, pour ramener l'attention à son véritable point de vue. Est-il possible, réellement, de nier encore la nature inflammatoire de cette maladie, depuis les autopsies de Cotugno et de plusieurs autres? Ce grand observateur n'a-t-il pas démontré que le nerf atteint de sciatique chronique présentait tantôt sa gaîne épaissie, indurée et plus ou moins injectée à la face interne, tantôt hydropique, remplie de fausses membranes, de sérum purulent ou sanguinolent? Il est cependant des personnes qui admettent encore les névralgies essentielles, maladies *sine materia !* Sans vouloir entrer ici dans la discussion générale de cette assertion, que l'on peut regarder comme inexacte, il nous sera permis de faire remarquer que le résultat de la médication de M. Bouillaud s'accorde parfaitement avec la condition pathologique que nous venons d'assigner à la sciatique. On se plaît à répéter que M. Bouillaud saigne trop ses malades; mais il n'en est rien. On peut dire qu'il saigne bien, à propos et avec profit, toujours d'après le principe ci-dessus. N'est-il pas évident que si, au lieu de pratiquer d'un seul coup une saignée locale de quatre palettes, qui a enrayé la maladie, on eût agi avec de petites applications répétées de sangsues, on eût fini par tirer une plus grande quantité de sang sans guérir peut-être la maladie, ou du moins sans la guérir aussi promptement? Le vésicatoire volant a été large et instantané comme la saignée, et le mal a été aussitôt dissipé. L'on doit sans doute se contenter du seul fait pratique sans aller plus loin, car si l'on voulait, à propos du vésicatoire, faire valoir la doctrine des révulsions, nous nous inscririons en faux, et nous en dirons autant de l'opium, qui, ayant été employé à faible dose, n'exerce pas d'action importante. L'on ne comprend pas, en effet, une pareille prescription dans une maladie inflammatoire, alors qu'on sait que l'action dynamique de l'opium est congestive, excitante, comme celle du vin, et qu'il ne calme nullement les douleurs phlogistiques. Ces questions, secondaires ici, se présenteront plus directement dans une autre occasion.

DE LA MÉDICATION RÉPUTÉE EXCITANTE.

(2e art.)

Les nombreuses expériences que nous avons faites, avec diverses substances stimulantes, sur les animaux et sur nous-mêmes, nous donnent, peut-être, quelque droit de traiter cette question d'après nos propres observations. Nous y avons été contraint par la divergence d'entendement de certains faits que nous avions exposés dans ce journal, et qui ont motivé quelques réclamations, faute de notions précises sur les principes fournis par les nouvelles études dynamiques. Nous n'y accédons au reste qu'incidemment, notre plan formel étant de demeurer encore longtemps dans le cercle des faits cliniques particuliers, avant d'aborder largement les questions générales, par la raison que toutes ces études sont nouvelles en France, la prévention est très grande, et l'on ne parvient à démontrer solidement les principes et à combattre certaines erreurs accréditées qu'à l'aide de faits cliniques officiels, autrement dirigés que par le passé. Déjà ces faits se multiplient; le sulfate de quinine, le

nitrate de potasse, le tartre stibié, la belladonne, les mercuriaux, les composés auriques, l'iodure de potassium, l'acide arsénieux, le nitrate d'argent, etc., déjouent chaque jour les doctrines et les préceptes classiques, grâces aux nouvelles données dynamiques, et l'on peut être certain que de nouvelles observations viendront chaque jour s'ajouter à celles-ci.

Dans l'état de maladie, les meilleurs praticiens de nos jours ne trouvent que rarement l'occasion de prescrire les véritables stimulants, surtout les alcooliques. C'est que l'expérience leur a démontré que ces substances nuisaient le plus souvent; aussi n'en permet-on l'usage qu'avec beaucoup de circonspection. Il en est autrement de quelques charlatans qui recommandent en aveugles le vin et les viandes roties, dans toutes les maladies, même alors qu'il y a de la fièvre. Peut-être la prévention ou la réserve de nos maîtres est-elle excessive à cet égard, et il y aurait lieu d'examiner avec plus de précision cette importante question. Il est constant que dans la plus grande majorité des maladies spontanées, les excitants sont nuisibles jusqu'à une certaine époque assez avancée de la convalescence. C'est qu'il est peu d'affections de ce genre qui ne reconnaissent un fond d'excitation. Il n'en est pas de même des maladies par intoxication. Ici la condition dynamique est très souvent asthénique et les excitants conviennent parfaitement. On croyait autrefois qu'il était une époque dans les maladies inflammatoires où les toniques étaient indiqués, se basant sur l'état apparent de prostration. Cette pratique est suivie encore de nos jours, en Angleterre, et l'on voit aussi dans nos hôpitaux prescrire le vin de Bordeaux aux malades atteints d'artérite chronique (gangrène sénile). Il y a là évidemment une grande erreur, et l'on produirait assurément de funestes effets si ces prescriptions étaient suivies sur des bases un peu larges. Il est inexact effectivement de soutenir que la prostration dans ces maladies se rattache à une faiblesse véritable, puisque les autopsies ne dévoilent après elles que des restes d'inflammation véritable, plus ou moins profonde, plus ou moins trompeuse. Aussi voit-on dans les convalescences le mal primitif se rallumer vigoureusement par suite de ces administrations systématiques. Les anciens au moins, s'ils partageaient la même erreur, ne donnaient, pour compléter la convalescence, que le quinquina, la rhubarbe, ou les ferrugineux, comme tonique. Ces moyens rendaient de véritables services, par la raison que leur action était tout autre que celle qu'ils leur attribuaient. Sous ce rapport leur pratique était donc meilleure que celle des modernes qui remplacent le quiquina par le vin.

La véritable asthénie qui réclame l'usage des excitants peut se déclarer des deux manières : par excès de la médication hyposthénisante pendant une maladie inflammatoire ou d'excitation, ou bien par absorption de certaines substances toxiques. Dans l'un et l'autre cas, il y a tolérance pour ces médicaments; mais on ne doit les prescrire qu'avec circonspection et surveillance. On comprend en effet que, pour peu qu'on dépasse les limites de la tolérance, les excitants peuvent occasionner de grands ravages. Au reste, en thèse générale, on doit plus craindre un excès dans l'usage des hyposthénisants que dans celui des excitans, par la raison qu'ici la nature trouve en elle-même des ressources puissantes dans les sécrétions qui agissent à l'instar de la saignée, tandis que dans l'asthénie excessive l'organisme succombe le plus souvent. Cela explique pourquoi l'usage plus ou moins abondant de l'opium est souvent peu nuisible dans les maladies à fond d'excitation; tel est le cas, par exemple, du *delirium tremens* des ivrognes qu'on traite par cette substance dans les hôpitaux; tel est aussi le cas des sujets qui viennent de subir des opérations chirurgicales, et que quelques personnes enivrent par de fortes doses d'opium. Chez les ivrognes atteints de delirium tremens qu'on traite dans les hôpitaux, on ne tient compte que des petites quantités d'opium qu'on leur administre, et l'on oublie que là ils cessent de boire des alcooliques, sont tenus presque à la diète, gardent le repos, dorment bien, et leur organisme se trouve ainsi dans de bonnes conditions hygiéniques, ce qui suffit souvent pour dissiper les conditions morbides et ramener le calme dans l'économie. On voit déjà par ces simples remarques combien l'étude de l'application des excitants est mal entendue, peu avancée, et combien il serait important pour la pratique de préciser les véritables données de leur prescription.

Que peut-on répondre à des médecins qui appelent toniques la plupart des médicaments, par cela seul que leur introduction dans l'estomac détermine une accélération momentanée dans le pouls et dissipe ensuite certains malaises réputés asthénisants. Ceci mérite quelque explication. Quand on prend, par exemple, 50 centigrammes de carbonate de fer, de poudre de quinquina, ou bien encore une dose médicale quelconque d'un composé aurique, il se produit souvent dans les premiers moments une accélération dans le pouls. Ce phénomène, qu'on a pris pour un effet de stimulation, tient tout simplement à l'action mécanique, physique ou chimique du médicament sur la muqueuse de l'estomac, ce qui donne lieu à un sentiment de pesanteur, de chaleur locale, et à un trouble momentané dans les contractions du cœur. La plupart des corps hétérogènes qu'on ingère, même alors qu'ils sont insolubles, tels que du sable, de la poudre de bois, etc., peuvent produire les mêmes effets. C'est là une des premières sources des erreurs relatives à la caractérisation des médicaments, et que nous nous efforçons de combattre. L'action véritablement dynamique succède à ce premier effet. Que voit-on alors? C'est encore ici qu'on s'en est facilement laissé imposer par les apparences. On a vu qu'administrées à des malades dont le pouls était petit, ces substances ont développé l'action du cœur, rendu le pouls ample et fort, donné de la force à l'organisme, de la couleur a la peau, et l'on en a conclu qu'il s'agissait d'une vé-

ritable action stimulante. Les observations de M. le docteur Chrestien, par exemple, sur les composés auriques, sont toutes frappées de ce cachet réactionnel. L'on n'avait pas réfléchi aux conditions maladives dans ces occurrences, et l'on avait confondu l'effet secondaire avec l'action primitive ou intrinsèque du médicament. Je m'explique. Un individu offre le pouls petit et fréquent, de la pâleur, de l'inappétence, une lassitude générale, etc., par suite d'une maladie chronique de nature hypersthénique; vous lui donnez une préparation aurifère ou ferrique, des phénomènes d'élévation se manifestent dans le rhythme fonctionnel. Cela se rattache, pour nous, non à une stimulation véritable, mais à une action qui a combattu plus ou moins efficacement l'état morbide, et permis ainsi à la force fonctionnelle normale de s'exercer librement; car jusque là elle était pour ainsi dire oppressée par le mal. Il s'agit donc de savoir si, dans des cas analogues, une évacuation sanguine ne produirait pas le même effet, si les remèdes réellement stimulants, tels que le vin et l'opium, par exemple, n'augmenteraient pas, au contraire, la faiblesse apparente, la pâleur, la petitesse du pouls, etc. Nous sommes autorisé, par les faits acquis, de répondre affirmativement à ces questions. Il serait trop long et déplacé d'entrer dans de plus amples développements. Disons enfin que l'on s'est également mépris quand on a déduit la prétendue action stimulante de certains médicaments de la sécrétion abondante des urines qu'ils ont provoquée, ou d'une éruption exanthématique à laquelle ils ont donné naissance. Le premier de ces phénomènes indique au contraire un effet hyposthénisant dans les vaisseaux rénaux; le second se rattache à un travail d'élimination par l'organe cutané, et les boutons eux-mêmes ne sont en définitive que l'effet d'une action mécanique locale, analogue à la strangurie vésicale par l'usage de la cantharide, à la salivation mercurielle, etc. Nous reviendrons sur toutes ces questions; ce que nous avons voulu, dans ces deux articles, a été de toucher en passant les données générales de la caractérisation des remèdes excitants et de l'application clinique qu'on pourrait en faire avec avantage.

Considérations cliniques sur la maladie rénale de Bright (*albuminurie rénale*); *par M. J. Corrigan, professeur à l'école de Dublin, méd à l'hôp. Richemond*(1).

Cette maladie a été décrite la première fois par Blackhall, sous le nom d'hydropisie inflammatoire. Elle se déclare assez souvent après la scarlatine et par suite de l'action du froid. Dans ces cas, l'anarsaque survient subitement; le pouls est élevé (high), la peau chaude, l'urine haute en couleur, d'une pesanteur spécifique augmentée (1,020), contient de l'albumine; la langue est blanche; il y a des vomissements, des douleurs aux lombes. Quelle est la cause de l'anarsaque dans ce cas? Nous l'ignorons; nous savons seulement que le fait est constant, voilà tout. L'anarsaque ne peut être ni la cause, ni l'effet de la néphrite; il s'agit donc d'une maladie concomitante, précisément comme l'œdème des parois thoraciques dans l'épanchement péricardique ou pleurétique, et dans lequel on ne voit aucune connexion vasculaire entre les séreuses affectées et les parties œdématiées. On observe aussi ce dernier symptôme dans les abcès rénaux ou lombaires, où il existe pourtant des parties fort épaisses de l'étendue de plusieurs pouces entre le siége de la collection et celui de l'œdème. Le phénomène ne saurait s'expliquer par une congestion vasculaire, car les recherches nécropsiques ne font découvrir aucune trace de travail congestif. Nous sommes donc obligé de répéter que nous ignorons comment cela s'effectue. On se tromperait grandement assurément si, en traitant cette variété d'hydropisie, l'on ne visait qu'à combattre directement cette maladie sans s'occuper de l'état des reins.

La saignée abondante du bras, par une large ouverture, ainsi que l'a recommandé Blackhall, l'application de sangsues ou de ventouses aux lombes, suivie de vésicatoires et de l'usage interne du tartre antimonié de potasse ou de la poudre de James, à doses répétées, peuvent être prescrites dans le principe. Aussitôt cependant que le pouls baisse et que la peau devient froide, on ne doit administrer que le mercure jusqu'à la salivation modérée. Par ce traitement, l'anarsaque disparaît et la maladie se dissipe pour le moment; dans plusieurs cas la guérison est durable; le plus souvent cependant il y a récidive quelque temps après, et les malades déclarent que la nouvelle attaque a eu lieu par l'action du froid. Traité de la même manière, le mal disparaît de nouveau pour reparaître plus tard; ainsi de suite plusieurs fois jusqu'à ce qu'il aura acquis l'intensité qui lui est propre. Jusqu'ici, ni l'ascite, ni l'anarsaque n'avaient été considérables. La collection aqueuse dans l'abdomen ne paraît pas dépendre d'une maladie du cœur, d'une contraction auriculo-ventriculaire, ni d'une maladie actuelle du péritoine; elle ne dépasse pas certaines limites; mais son explication nous échappe. Vient ensuite une augmentation de ces phénomènes; quelle est la cause de cette aggravation?

On peut admettre deux variétés de la maladie de Bright. Dans l'une, les reins sont plus volumineux que dans l'état naturel, d'une couleur jaune pâle, nuancée sur toute la masse de la glande; le tissu tubulaire s'étend jusqu'au delà de la partie corticale. Dans l'autre, le rein est plus petit qu'à l'état normal, la couche tubulaire offre une bien plus grande étendue que dans le cas précédent, s'avançant quelquefois jusqu'à la capsule d'enveloppe; sa surface est couverte de petites tubérosités qui font saillie du côté de la capsule, comme si de nombreuses petites graines étaient semées irrégulièrement et enfoncées sur la partie corticale de l'organe. Je possède une préparation de cette variété qui a été enlevée du cadavre d'un enfant. J'en ai une autre pareille sur laquelle on distingue parfaitement

(1) The medical Times, 5 avril 1845.

les petits corps glanduleux sur la capsule rénale. Dans la première variété où le rein est augmenté de volume, l'urine conserve presque sa gravité spécifique naturelle, se balançant entre 1,015 et 1,025 ; elle continue à être secrétée abondamment comme dans l'état de santé, quelquefois un peu plus ; les malades se lèvent quatre ou cinq fois chaque nuit pour uriner, et la quantité totale dépasse parfois de beaucoup celle de l'état normal. Il est à noter que, malgré cette diurèse abondante, l'anarsaque qui accompagne la maladie ne diminue nullement, ce qui prouve suffisamment que les deux phénomènes sont indépendants l'un de l'autre. De l'albumine est sécrétée dans l'urine, et souvent aussi de la matière colorante du sang s'échappe dans le liquide ; en d'autres termes, du sang passe avec l'urine. Dans la seconde variété, l'urine est d'une gravité spécifique de beaucoup au dessous de l'état naturel : de 1,005 à 1,010 ; elle perd sa couleur normale, et à mesure que le mal devient plus intense, l'albumine diminue, puis elle disparaît tout à fait, et les canalicules urinifères ne laissent passer que de l'eau pure uniquement. La circonstance de l'absence absolue de l'albumine, dans la période la plus grave de la maladie, a donné lieu à quelques critiques mal fondées contre les remarques de M. Bright. Si l'on eût cependant lu attentivement les écrits de cet habile observateur, on aurait vu que le fait n'avait pas échappé à sa sagacité. Voyons maintenant comment cette variété de la maladie devient mortelle.

Il résulte des expériences de Christison que chez les sujets atteints de cette affection, l'urine manque tout à fait ou à peu près de ses sels et de son élément essentiel, l'urée. Par suite de l'absence des sels l'urine devient déjà moins pesante que dans l'état naturel, ainsi que cela résulte de l'épreuve à l'hydromètre. D'un autre côté, M. Christison s'est assuré que, dans ces cas, le sang, analysé chimiquement, contient une quantité considérable d'urée. Il est facile de prévoir par là que cet élément retenu dans le sang, ainsi que les sels que les reins avaient l'habitude d'éliminer, doivent agir toxiquement et empoisonner l'économie. La terminaison fatale est occasionnée en dernier lieu par un épanchement dans la cavité de la plèvre, ou par une réaction des symptômes gastriques sur la tête. Ces symptômes consistent dans des vomissements, puis il se joint rapidement un coma mortel ou des convulsions. Nous avons en ce moment à l'hôpital un cas de terminaison de la maladie par épanchement dans la plèvre, chez une femme. Il y a dix-huit mois, elle avait été attaquée pour la première fois de néphrite. Le mal s'était souvent reproduit et la femme avait été toujours soulagée jusqu'à la dernière attaque. Cette fois, un épanchement dans la poitrine s'est déclaré et la patiente est sur le point de succomber. Passons à d'autres remarques.

Je crois pouvoir établir, d'après mes propres observations, que les deux variétés ci-dessus indiquées sont identiques au fond avec l'hypertrophie et la cirrhose du foie. Cette opinion résulte de la similitude d'altération des reins avec les deux dégénérescences de la glande biliaire, et de la même durée de la vie dans les deux maladies des reins et dans l'hypertrophie et la contraction du foie. Si vous coupez le rein affecté de la première espèce, vous trouverez la même coloration jaune dans toute sa substance corticale que dans le foie hypertrophié au premier degré. On est frappé de la similitude d'altération dans les deux cas, si l'on met les organes côte à côte. L'augmentation de volume dans les deux organes dépend d'une infiltration extraordinaire de lymphe dans leur tissu, laquelle s'organise et augmente leur volume. L'autre variété, dans laquelle le rein est contracté, je l'ai appelée cirrhose rénale : elle offre exactement la même altération que l'on rencontre dans le cirrhose du foie ; cela dépend de la contractibilité de la lymphe infiltrée. Dans cette variété de la maladie de Bright, la substance de la glande, ou, ainsi qu'on l'appelle, le tissu granuleux, n'est pas le siége de l'épanchement. Cet épanchement n'existe que dans le tissu cellulaire seulement qui constitue la matrice de la glande. La lymphe infiltrée dans ce tissu en se contractant exerce une telle pression sur les granules (*acini*), que ceux-ci sont soulevés irrégulièrement à la surface de l'organe. La contraction dont il s'agit exerce en même temps une telle pression sur les vaisseaux sécrétoires de la glande qu'elle empêche la sortie de tout fluide plus dense que l'eau. Après la mort, on trouve que les tubes urinifères s'étendent jusques à une très petite distance de la capsule et du tissu cortical restant.

Il nous reste maintenant à savoir si ces remarques sur la nature de la maladie sont de quelque utilité pour le traitement et à quels signes on peu reconnaître, durant la vie, la variété de l'affection. Pour ce qui est du premier point, je laisse à d'autres le soin de l'apprécier. Quand au second, je dirai que je ne doute point de l'existence réelle de ces signes. J'ai trouvé les symptômes suivants comme invariables et pathognomoniques à chaque variété. Quand le rein est affecté d'élargissement analogue à l'hypertrophie du foie, il y a excès de sécrétion urinaire, comparativement à l'état normal, plus ou moins ; l'urine est quelquefois teinte de sang, albumineuse, de gravité spécifique plutôt au dessus qu'au dessous de l'état normal, variant de 1,015 à 1,025 ; la peau est sèche et chaude ; il y a douleurs aux reins. Quant, au contraire, vous rencontrez avec ces deux derniers symptômes une diminution dans les urines, celles-ci étant même albumineuses et d'une gravité spécifique moindre : de 1,005 à 1,010, vous pouvez dire avec certitude qu'il s'agit d'une cirrhose du rein. Il est facile de comprendre pourquoi l'une de ces variétés est relativement docile au traitement médical, tandis que l'autre marche invariablement vers une terminaison fatale. L'on peut naturellement supposer que dans un cas où l'urine continue à être sécrétée en quantité naturelle et contient à peu près les ingrédients salins de l'état normal, les reins ne sont pas, quant à présent, dans les conditions de produire l'altération constitutionnelle dont il s'agit. On pourrait peut-être objecter que la présence de l'albumine dans les urines peut, dans ce cas, maintenir ce liquide dans la gravité spécifique de l'état normal, indépendamment de l'urée et des sels. Cette hypothèse cependant est insoutenable, car, bien que l'albumine existe ici en grande quantité, néanmoins elle ne peut augmenter le poids du liquide. Ou l'urine contient à peu près sa proportion normale de matières salines, ou bien elle est au dessous du poids de l'état de santé. D'un autre côté, l'on peut conjecturer avec raison que le trouble général ou la désorganisa-

tion qui succède à la maladie rénale et qui se termine par la mort dépend de ce que les reins ne laissent échapper que la partie aqueuse et retiennent l'urée, ainsi que les sels urinaires dans le sang, ce qui donne lieu à des symptômes d'empoisonnement, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Lorsque l'albuminerie se déclare, il n'y a d'abord qu'une néphrite légère. Cette attaque laisse dans les reins une sorte d'état atonique, mais la fonction sécrétoire se continue à peu près comme dans l'état naturel, puisque les urines s'offrent en quantité normale, et leur analyse accuse à peu près les éléments de l'état bien portant; mais son système vasculaire est tellement relâché qu'il laisse extravaser le sérum du sang. Cette extravasation s'opère presque passivement, à l'instar de certaines hémorrhagies, ou de quelques évacuations intestinales (choléra, diarrhée). Dans mon opinion, en effet, la maladie n'est autre au fond qu'une *diarrhée du rein*. Cette variété de l'affection est la plus domptable et elle est la seule qui n'entraîne pas de désordres graves dans la santé générale. Si l'on peut la poursuivre avec persévérance, son analogie avec les maladies du foie permet de la combattre avec avantage, et à la vie de se prolonger pendant très longtemps, comme dans les affections hépatiques. Le traitement dans ce cas, doit être le même que dans l'hypertrophie du foie, c'est à-dire, basé sur des remèdes toniques généraux (ferrugineux), sans s'occuper directement de l'organe malade. Un traitement direct, dirigé sur la glande, n'atteindrait pas le but et permettrait à la constitution de s'affaisser; tandis qu'en fortifiant l'organisme, l'état de la glande se modifie heureusement ou reste stationnaire et permet à la vie de se prolonger dans un état de santé passable. Une circonstance curieuse se présente fréquemment dans cette affection: l'anarsaque disparaît pendant quelques jours, alors le patient s'imagine être guéri, mais peu de temps après le mal reparaît, malgré que le patient ait continué à être mercurialisé.

En avril ou mai de l'année dernière, j'ai été consulté par un monsieur qui présentait les symptômes propres à l'affection que je viens de décrire; il avait été attaqué l'été précédent, avait gardé la chambre tout l'hiver, puis il avait été saigné, ventousé, soumis à l'application de sangsues et de vésicatoires et à des traitements mercuriels répétés, sans aucun avantage bien marqué. Raisonnant d'après l'analogie qui existe entre cette maladie et celle du foie ci dessus mentionnée, et convaincu de l'inutilité des moyens employés jusque-là, j'ai conseillé l'usage des toniques. Parmi ces remèdes, ceux que je préfère sont les ferrugineux, en particulier, le persesquinitrate de fer, à la dose de 15 à 20 gouttes, trois fois par jour, dans de l'eau; j'ai ajouté un régime alimentaire judicieux et l'amélioration a été prompte. J'ai reçu il y a peu de temps, une lettre de lui, dans laquelle il m'annonçait que l'hydropisie avait disparu et que la santé générale était excellente. Je ne puis dire cependant si l'urine est encore albumineuse chez ce malade. Ce fait démontre assez l'insuffisance ou l'inutilité de la médication antiphlogistique ordinaire, qu'on applique pourtant avec tant d'avantage dans la néphrite aiguë. L'indication fondamentale consiste donc à tonifier l'organisme dans le but de dissiper le relâchement des vaisseaux des reins.

Le traitement de la néphrite primitive, je l'ai déjà indiqué. Pour dissiper l'anarsaque qui succède à cette néphrite, on peut avoir recours à de petites doses de mercure, combinées à des diurétiques; mais lorsque le rein s'est déjà infiltré de lymphe, circonstance qu'on peut reconnaître aux caractères que j'ai déjà indiqués, il faut de suite recourir aux médicaments ferrugineux. — La cirrhose du rein, je la regarde comme une maladie tout a fait incurable, dans l'état actuel des connaissances; elle se termine constamment par la mort, bien que quelquefois assez lentement. Il est vrai cependant que si nous ne pouvons pas détruire la cause de la maladie, nous pouvons au moins pallier ses symptômes et ses complications les plus graves. L'anarsaque, nous pouvons la dissiper temporairement à l'aide de la crême de tartre, de la digitale et d'autres diurétiques; et l'ascite également, au moyen de la paracenthèse suivie des diurétiques. Quand on craint des réactions vers la tête, ce qui arrive très souvent, on opposera des remèdes en conséquence; et si c'est la poitrine qui s'embarrasse, on prescrira les remèdes propres aux épanchements pleurétiques, aux bronchites, etc. Au delà de ces données, le traitement de l'affection de Bright reste sans valeur dans l'état actuel de la thérapeutique.

DOCUMENTS DIVERS.

Les animalcules parasites des follicules sébacés et des follicules des poils; *par M. Gruby*. — Il y a trois ans que M. Simon, de Berlin, physiologiste très distingué, dont la mort est vivement regrettée par la science, a eu l'honneur de communiquer à l'Académie la découverte d'un insecte particulier, siégeant dans les follicules sébacés de la peau de l'homme, et qu'il supposait être la cause de la maladie cutanée nommée *acne sebacea*. Ce fait, aussi remarquable que nouveau, ne pouvait se passer inaperçu. Les anatomistes ont cherché à vérifier cette découverte par des expériences assidues. M. Erasmus Wilson, dermatologiste distingué de Londres, M. Vogel de Munich, M. Henle et plusieurs autres, ont retrouvé l'insecte observé par Simon; mais comme aucun de ces auteurs n'a fait des recherches comparatives sur la peau des animaux, j'ai entrepris de nouveau l'étude de cet animal parasite. Voici quelques uns des résultats de mon travail.

Chez l'homme, cet insecte parasite se rencontre plus souvent dans les glandules sébacées de la peau du nez, ainsi que l'a indiqué M. Simon, que dans celle des autres parties du corps. Il occupe le plus ordinairement le conduit excréteur de ces glandules; et quand il y a un poil, c'est autour de ce poil qu'il se place. Sa tête est toujours dirigée vers le fond de la glande, et sa queue vers la surface de la peau; ses pieds sont appliqués contre la paroi interne du conduit excréteur. Le conduit excréteur est ordinairement dilaté à l'endroit où l'animal est logé. Chez les individus jeunes, une glande n'en contient jamais que deux ou quatre (et toutes n'en contiennent pas). Chez les personnes de vingt-cinq ans, on en voit de *quatre* à *huit* dans une même glandule. Les individus plus âgés en ont quelquefois de dix à vingt dans

un seul de ces organes sécréteurs, et alors on en rencontre dans la plupart des glandes sébacées. On en trouve chez les sujets en bonne santé aussi bien que chez ceux qui sont affectés de maladies internes, de fièvre typhoïde par exemple. Dans les endroits où les glandules sébacées contiennent peu de parasites, la peau n'offre aucune altération pathologique. Mais si ces animalcules sont en grand nombre, la peau paraît un peu boursoufflée, rugueuse ; les vaisseaux sont gorgés de sang ; on voit de petits ramuscules vasculaires à sa surface ; les points correspondant aux orifices des conduits sébacés sont saillants et donnent à la peau un aspect pointillé, ainsi qu'on le remarque fréquemment chez les individus qui ont la peau du nez fortement injectée. Si la quantité de ces insectes augmente, le malade éprouve un chatouillement qui l'excite d'une manière impérieuse à se frotter vivement le nez. Dans les endroits, au contraire, où il y a peu d'animalcules, on n'aperçoit aucun symptôme qui puisse accuser leur présence. Cet animal parasite existe chez la plupart des individus et à toutes les époques de l'année. Sur soixante personnes de différentes nations, que j'ai examinées sous ce rapport, je l'ai trouvé quarante fois. Sur trois cadavres soumis au même examen, un seul n'en contenait pas. (Dans les paragraphes suivants, l'auteur donne la description zoologique et anatomique de ce parasite.)

Chez le chien qui fait le sujet de cette observation, la peau de la face est dépourvue de poils en plusieurs endroits. Sur les côtés des yeux et de la bouche, et au front, on aperçoit des plaques de 2 à 3 centimètres de diamètre, couvertes de petites croûtes rouges semblables à celles que l'on voit chez les individus affectés de *prurigo senilis*. — Au cou, un espace de 5 à 10 centimètres, également dépourvu de poil, est couvert de croûtes brunes de 1/4 de centimètre à 2 centimètres d'étendue. Les croûtes sont anguleuses, fortement adhérentes. Le derme sousjacent est gonflé, épaissi, et même, dans certains endroits, le tissu sous-cutané est enflammé. Dans l'épaisseur et à la surface du derme, il existe en quelques endroits une liqueur purulente. — A la région sterno-mastoïdienne gauche, sur les épaules, sur les membres antérieurs et postérieurs, dans divers endroits du tronc, on remarque plusieurs plaques dégarnies de poils et couvertes de petites croûtes. Aux épaules, ces plaques ont la forme de psoriasis, tant l'épiderme est écailleux et épaissi. — En examinant au microscope une coupe mince du derme, à l'endroit où il est dépourvu de poils et à l'endroit où les plaques, également dépourvues de poils, sont encore couvertes d'écailles épidermatiques comme dans l'icthyose, ou de croûtes semblables à celles du vieux *lichen agrius*, on voit les canaux des glandes sébacées remplis d'acarus ; ils y sont en si grande quantité qu'on ne peut pas même les compter. Dans une poche, j'ai vu de 20 à 200 de ces animalcules; et sur une surface d'un centimètre carré, il y en avait à peu près 80,000. — Dans les croûtes brunes, en forme d'impétigo ou de lichen impétigineux, on rencontre des globules du sang, des cellules du pus et des animalcules parasites. — Dans le derme, sous ces croûtes, on découvre du pus rougeâtre, et l'on voit au microscope que ce pus contient des globules du sang, des cellules du pus et des animalcules de différente grandeur. — En certains endroits, on voit que ces animalcules remplissent l'entonnoir du poil, et qu'ils occupent les deux tiers externes ou superficiels de sa racine. Ils sont logés entre le poil et la paroi interne du follicule pileux. — Ordinairement l'orifice du conduit excréteur est bouché par une substance solide d'un brun rougeâtre, fortement adhérente aux parois du conduit. C'est ce bouchon qui, en fermant l'entrée du canal, garantit les animalcules des influences extérieures.

Presque toujours les parasites pénètrent dans le follicule du poil, et ce follicule est toujours dilaté dans l'endroit où ils s'introduisent. Leur nombre est variable : on en voit de dix à cinquante dans un seul crypte. Ils séparent le poil de ses enveloppes, et lorsqu'ils ont pénétré jusqu'à la racine, le poil détaché tombe par le moindre frottement ; avant qu'un second poil se développe, tout le follicule est déjà envahi par les animalcules parasites. Les parasites se propagent en *cercle* de *follicule* à *follicule*. On voit alors qu'au centre d'un espace arrondi et dépourvu de poil, les glandules et les cryptes pileux sont surchargés d'insectes, tandis qu'à la périphérie les poils existent encore en partie ; les glandules et les follicules ne contiennent qu'un petit nombre de parasites. Les animalcules parasites du chien sont identiques à ceux de l'homme. Il est même probable qu'ils peuvent se communiquer de l'un à l'autre. Il faut empêcher soigneusement le contact des chiens affectés de ces insectes, non seulement avec des chiens sains, mais même avec l'homme, qui probablement contracterait la même maladie. J'ai observé que, lorsque le chien se grattait à l'endroit malade avec les ongles, il détachait non seulement les poils, mais encore un certain nombre d'animalcules qui étaient fixés à la position dermique de ces poils. Ainsi ces animaux parasites qui existent chez l'homme en santé produisent, chez les chiens, une maladie très grave lorsqu'ils sont très multipliés. (Echo du monde savant, et Clinique vétérinaire.)

Guérison de la phthisie pulmonaire. — Le docteur J. Hughes Bennett vient de lire à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg (séance du 5 mars 1845), un travail intéressant sur la phthisie pulmonaire. Il résulte de ses nombreuses recherches nécropsiques que, sur 73 cadavres de sujets tuberculeux qu'il a ouvert depuis le mois de novembre dernier, il y en avait 28 dont les poumons offraient un grand nombre de cicatrices, par la fonte et la disparition complète des tubercules. Sur ce dernier chiffre, 12 présentaient une cicatrisation avec induration au dessous; chez les 16 autres, la cicatrice était sur une base de matière calcaire ou crétacée concrète. Ces cicatrices, ou plutôt ces terminaisons par métamorphose se sont présentées sept fois au poumon droit, deux fois dans le poumon gauche; dix-neuf fois dans les deux. Ces sortes de terminaisons avaient déjà été signalées par plusieurs observateurs français, mais on les croyait excessivement rares. D'après l'auteur, la chose se rencontre sur un tiers ou sur la moitié des sujets tuberculeux qui meurent après l'age de 40 ans. M. Bennett, au reste, regarde les tubercules comme des produits d'un travail inflammatoire lent. Il s'est attaché à découvrir par quel mécanisme la nature opérait la transformation en question, dans l'espoir de pouvoir imiter son travail. Il est arrivé à cette conclusion qu'on n'y parviendra qu'autant qu'on aura pu d'abord dissiper la cause pathogénique de la tuberculisation. Or, il lui a semblé que cette cause résultait de plusieurs éléments, savoir : 1° D'un état morbide du sang, par suite d'une nutrition imparfaite; 2° d'une inflammation locale, qui donne lieu à une exsudation morbide qui se concrète et forme les tubercules. (Suit une doctrine purement hypothétique). — Quand aux moyens que l'auteur propose pour remplir l'indication, ils se réduisent aux suivants : 1° Combattre la dyspepsie et les acidités des voies digestives à l'aide de vomitifs et de l'usage du naphta; l'auteur a retiré d'excellents effets de ce dernier remède ; 2° nourrir les malades de lait, de substances plutôt oléagineuses, grasses, qu'albumineuses, en même temps qu'on leur fait habiter un climat d'une température égale. On les mettra à la diète quelquefois. On leur administrera de l'huile de foie de morue, que l'auteur regarde comme douée d'une grande efficacité ; 3° enfin, pour combattre l'inflammation, on fera usage de saignées locales dans la première période, de contre-irritants dans la dernière. L'auteur cite des cas dans lesquels cette conduite lui a donné les plus heureux résultats (London and Édimbourg. joural of med. sc. veril 1845).

CLINIQUES CHIRURGICALES.

QUESTIONS SPÉCIALES.

La ligature de l'amygdale constitue une opération nouvelle; nouvelle en ce sens qu'elle était proscrite, condamnée depuis longtemps comme dangereuse, ou inexécutable sans encourir de grands dangers. M. Blandin cependant vient de la remettre en honneur et de donner à ce problème une solution complète, inattendue, grâces à une méthode opératoire nouvelle qui lui est propre et que nous devons faire connaître. Exposons d'abord le fait, avant de nous livrer à quelques réflexions générales. Un homme de la campagne, âgé de 50 ans environ, portait au voile du palais un cancer énorme qui menaçait imminemment son existence. M. Blandin a eu le courage de l'attaquer à l'aide d'une ligature multiple; la tumeur est tombée pendant le sommeil, et le patient l'a avalée à son insu. Un petit reste de la végétation a été pareillement lié, et le malade semblait tout à fait guéri. Il a été présenté à l'Académie, et tout le monde s'applaudissait de voir la force organique restaurer le voile du palais déjà enlevé en totalité; cette restauration avait lieu par un mouvement ascensionnel du pharynx dont la paroi postérieure était venue se réfléchir, en avant, au fond de la bouche, et se substituer aux parties excisées (voy. Ann. de thérap., t. 2, p. 380). Deux mois à peine cependant s'étaient écoulés que le mal avait éclaté de nouveau dans toute l'amygdale droite et envahi même une portion correspondante du pharynx, formant une tumeur plate, à base large et adhérente. Il n'y avait pas à balancer; il fallait ou abandonner le malade à une mort certaine, ou engager une lutte désespérée avec le mal. M. Blandin a donc pris la résolution de comprendre le tout dans des ligatures; mais que de difficultés à vaincre! que de dangers à éviter! Comment enfoncer sûrement l'aiguille au milieu des vaisseaux volumineux, dans une région profonde, inaccessible à la pression, où les plaies entraînent si souvent la mort? Comment d'ailleurs être certain de comprendre tout le mal dans les fils?

L'opérateur a eu l'heureuse idée, et c'est là un premier point nouveau dans cette opération, de pratiquer d'abord sur les tissus tégumentaires du cou, vers la région carotidienne et presque sur la saillie elle-même que la tumeur formait au dehors, une incision verticale, laquelle, partant de l'angle de la mâchoire, s'est dirigée obliquement en bas, dans l'étendue de six à neuf centimètres (deux à trois pouces). A l'aide de cette incision exécutée lentement et avec réflexion, il a mis les vaisseaux carotidiens à découvert, les a écartés en dehors et a pénétré jusqu'auprès de la tumeur, où le bout du doigt ne sentait plus de battements artériels ni de grosses veines. Ce premier temps exécuté, M. Blandin a procédé à la ligature de la manière suivante. Avec une longue aiguille très courbe, à manche (aiguille de Desdhamps modifiée), armée d'un double fil ciré, il a piqué un premier point du côté de la bouche, vers la partie inférieure de la tumeur, de dedans en dehors. Ce point est allé sûrement au delà de la base du mal, puisque le doigt que l'opérateur avait laissé dans le fond de la plaie externe, sentait cette base, la dirigeait en haut, en même temps qu'il guidait le passage de la pointe de l'aiguille et garantissait les vaisseaux préalablement écartés; de telle sorte que cet instrument a pu aisément parcourir son demi-cercle autour de la base de l'amygdale dans les tissus sains, toujours dans la bouche et sans sortir par la plaie externe. — Le double fil passé ainsi a été défilé du chas de l'aiguille, et ses quatre chefs pendaient dans l'intérieur de la bouche. L'opérateur a alors dédoublé le fil, pris les deux chefs de l'un des brins et les a abattus en bas, pour être engagés dans un porte-nœud, ce qui devait étrangler la partie la plus basse de la tumeur. — Ensuite il a introduit dans le chas de la même aiguille l'extrémité interne du second brin dédoublé et qui était resté libre dans la bouche; en même temps il a passé dans le même chas un autre fil ciré; de telle sorte que l'aiguille portait cette fois le brin restant du premier point et un autre fil libre. L'opérateur a pratiqué ainsi, de dedans en dehors et avec les mêmes précautions que précédemment, un second point dans une partie plus éloignée, et les deux brins de ce point sont venus pareillement se défiler dans la bouche. Le double fil a été dédoublé encore ici, et l'on a engagé séparément chaque brin dans un serre-nœud, de telle manière que l'un de ces brins embrassait la masse morbide dans son milieu, en écharpe; tandis que les deux chefs de l'autre ont été contournés en haut et se sont trouvés comprendre exactement la partie supérieure de la tumeur. — En d'autres termes, l'on a passé trois ligatures avec deux seuls points d'aiguille, lesquelles étranglaient toute la base de la tumeur. Deux de ces ligatures comprenaient les deux extrémités de sa base; l'autre embrassait le milieu en écharpe. Cette description n'est peut-être pas facile à saisir; cependant nous nous sommes répété à dessein pour nous faire comprendre, et nous avons la certitude qu'en la répétant point par point sur un tampon de papier, on en saisira parfaitement le mécanisme; elle ressemble un peu à l'ancienne ligature du staphylome, et on peut l'appliquer à une foule de cas divers. — Le cinquième ou sixième jour, deux des trois fils étaient tombés avec les porte-nœuds; le troisième tenait encore, le volume de la tumeur était de beaucoup réduit, et tout portait à croire que les suites de cette opération seraient heureuses en tant qu'opération. L'état de la constitution du patient est assez bon.

Deux ordres de considérations se rattachent à la question que cette opération soulève. D'abord il est constant qu'abstraction faite de la nature de la tumeur, la ligature de l'amygdale n'est pas une opération inexécutable. Voici comment Boyer s'exprimait à ce sujet : « La ligature conseillée par plusieurs auteurs ne peut être employée, dit-il, que dans les cas où l'amygdale est supportée par un pédicule étroit; et alors la rescision avec un bistouri serait beaucoup plus prompte, plus facile et moins douloureuse. Sans parler de la difficulté d'entourer d'un fil d'argent ou de soie une glande située au fond de la gorge; sans parler non plus de la difficulté de serrer ce fil, de la gêne que produisent dans la bouche sa présence et surtout celle du serre-nœud; du temps enfin qui s'écoule avant que la glande soit divisée par la ligature, ce moyen offre un autre inconvénient très grave : c'est l'inflammation que cause la constriction de l'amygdale et qui s'étend aux parties voisines, inflammation qui

peut devenir assez considérable pour empêcher le passage des aliments solides et liquides, et rendre celui de l'air très difficile. Dans un cas de cette espèce, Moscati fut obligé, pour faire cesser les accidents qui avaient résisté aux saignées, aux gargarismes émollients, aux cataplasmes anodins, et qui étaient évidemment produits par la ligature, d'en venir à la rescision. Quelques chirurgiens ont fait usage de la ligature comme d'un moyen propre à favoriser la rescision; mais une érigne avec laquelle on accroche la glande donne les mêmes avantages et mérite la préférence. » Il est évident que Boyer s'exagérait les difficultés d'exécution et les dangers de la ligature, si l'on en juge du moins d'après le fait en question, puisque, grâce à l'incision externe, les difficultés ont été surmontées, et rien n'est survenu après pour faire croire à la gravité réelle de la réaction. Ainsi, à ce point de vue, on peut dire aujourd'hui que les choses ont changé de face, malgré que la science ne possède à la vérité qu'un seul fait; mais ce fait est tellement positif, concluant, significatif, qu'il devient lui-même la base d'un principe. Voilà pour l'opération considérée en elle-même d'une manière générale.

Appliquant à présent ces données au cancer des amygdales, la question ne se présente pas généralement avec des auspices bien encourageants. On trouve dans Boyer les phrases suivantes : « Lorsque les amygdales sont vraiment squirrheuses ou carcinomateuses, on ne doit jamais, comme nous l'avons déjà dit, entreprendre aucune opération, parce que, ne *pouvant emporter entièrement la maladie*, cette opération n'aurait aucun succès; et que si on voulait l'enlever en totalité, on exposerait le malade à une hémorrhagie mortelle. » — On voit que ce jugement préventif avait pour base l'imperfection elle-même des modes opératoires connus du temps de Boyer, puisqu'on craignait, d'une part, de ne pas enlever tout le mal, et de l'autre, d'ouvrir les gros vaisseaux qui rampent aux alentours de la glande. Il y a cependant au dessus de tout cela une autre condition bien autrement redoutable, nous voulons parler de la reproduction du cancer. C'est ce qui a fait déjà opérer, pour la 3e fois, le malade de l'Hôtel-Dieu; et c'est aussi ce qui l'enlèvera probablement. Toujours est-il cependant que la ligature de l'amygdale et d'une partie du pharynx reste désormais comme un fait parfaitement acquis à l'art, applicable peut-être heureusement dans certaines maladies de cette région, grâces à l'ingénieuse méthode imaginée par M. Blandin. On avait, il est vrai, pratiqué des opérations sanglantes sur le cou pour des maladies de la base de la langue; mais le but et l'exécution de ces opérations étaient essentiellement différents.

La fracture de la clavicule, affection si fréquente, si difficile à bien guérir, exerce depuis longtemps les meilleurs chirurgiens. Plusieurs fois déjà on a cru le problème de son traitement définitivement résolu; l'expérience et le temps cependant ont ramené sans cesse les mêmes éléments de la question sur le tapis de la discussion, et aujourd'hui encore l'on se demande, avec raison, quel est le meilleur appareil à opposer à cette lésion. C'est surtout dans la pratique civile et dans le beau sexe encore frais, que l'on tient à une guérison sans chevauchement, sans difformité. Dans les hôpitaux, la chose est diversement entendue. M. Jobert n'y met aucun appareil; il se contente de fixer le poignet parallèlement au tronc, à l'aide d'une courroie attachée aux pieds du lit; le malade est par conséquent obligé de garder le lit. M. Gerdy se sert d'un appareil mécanique, composé d'un bracelet en cuir qui embrasse le coude, de courroies et de boucles qu'on dirige autour de l'épaule et du tronc, et qui font de l'humérus une sorte de levier. M. Lisfranc fait usage de l'écharpe en 8 de M. Damoiseau, dont nous avons donné la description. M. Roux s'en tient strictement à l'appareil de Desault. D'autres suivent ces mêmes errements, ou à peu près. Il faut le dire, toutes ces pratiques ne guérissent qu'approximativement, c'est-à-dire avec plus ou moins de chevauchement. Cela est sans doute peu important pour la classe des malades qu'on traite dans les hôpitaux; mais il en est autrement dans la pratique civile. Un pareil résultat ne peut être regardé que comme imparfait, et l'on comprend que toute la question n'est pas d'obtenir la consolidation de la fracture, mais bien une réunion sans difformité.

Dans une vingtaine de cas de ce genre que nous avons suivis dans l'espace de plusieurs mois dans les hôpitaux, nous n'avions pu en trouver un seul guéri sans le défaut dont il s'agit. M. Blandin cependant vient de nous montrer deux cas récents à l'Hôtel-Dieu, sur deux hommes âgés d'une quarantaine d'années, dont la clavicule était fracturée vers son tiers externe et dont la guérison est parfaite. On n'y reconnaît pas le moindre chevauchement, pas la moindre différence de longueur, de direction; il faut toucher attentivement pour savoir qu'il y a eu là fracture; on y sent le cal qui, au reste, ne fait aucune saillie appréciable à l'œil nu. Ce résultat nous a paru important à signaler : il est dû sans doute au mode de pansement que suit M. Blandin. Ce praticien fait usage de l'appareil de Desault, dextriné et appliqué avec les précautions suivantes. D'abord on porte dans l'aisselle un coussin mou, de forme carrée, et replié sur lui-même de manière à remplir parfaitement la cavité axillaire. On réduit exactement et l'on fixe bien le coude en avant contre le tronc à l'aide d'une première bande dextrinée. On pose la seconde bande (bande bi-triangulaire), et l'on a grand soin de faire passer tous les croisés des deux sommets des triangles sur le fragment interne, afin de le déprimer, de l'empêcher de chevaucher. Pour rendre cette compression le plus efficace possible, on pose d'abord sur ce fragment quelques compresses étagées, que les tours de bande viennent couvrir et soutenir. Cette précaution d'agir ainsi directement sur le fragment interne est capitale, et c'est à elle, ainsi qu'à la solidité inamovible des bandes dextrinées, que M. Blandin attribue les heureux

résultats qu'il obtient déjà depuis quelque temps dans le traitement de cette fracture. Nous ne sommes pas enthousiaste de l'appareil dextriné en général ; cependant il est des cas où il rend de véritables services, comme dans celui-ci. Les bandes se dessèchent, se solidifient et fixent invariablement le membre dans la position qu'on lui a primitivement donnée : c'est là un avantage incontestable. Il est certain qu'au moment où l'on pose le bandage ordinaire de Desault, la fracture est bien réduite ; mais les jours suivants les bandes se relâchent et le chevauchement reparaît. Il est donc évident qu'un moyen, comme la solution de dextrine, qui prévient ce relâchement, rend un service réel qu'il faut reconnaître. On a prétendu que ces mêmes bandes se relâchaient comme les autres ; c'est une erreur : elles forment un tout avec le tronc et résonnent à la percussion comme les parois d'une boîte en bois. Il est probable que les praticiens, même les plus prévenus contre les appareils dextrinés, reconnaîtront au moins, s'ils n'adoptent pas, l'exactitude et l'importance de ces faits.

L'ongle entré dans les chairs est si diversement traité, dans les hôpitaux comme en ville, que l'on ne trouvera pas inutile d'y jeter un coup d'œil rapide au point de vue clinique. On peut dire, en lisant les auteurs sur cette matière, que la richesse thérapeutique est tellement grande que l'on éprouve une sorte d'ambarras dans le choix de la pratique à adopter. Aussi, n'est-il peut-être pas sans quelque intérêt de connaître les procédés que suivent à la journée nos chirurgiens des hôpitaux et d'en comparer les résultats. On peut les diviser en deux catégories. Les uns agissent sur les parties molles, rendues malades par le bord de l'ongle ; les autres, au contraire, sur l'ongle lui-même et respectent les chairs adjacentes. M. Lisfranc ébarbe verticalement toutes les parties molles du côté malade, en forme de lambeau, il plonge perpendiculairement le bistouri vers l'extrémité postérieure du bord enfoncé de l'ongle, le tranchant tourné en avant, le fait sortir à la face plantaire et le promène en sciant d'arrière en avant ; il l'achève comme dans une amputation à lambeaux et le rejette en arrière, où il l'excise en un clin d'œil en contournant le bistouri du côté plantaire. Il en résulte une plaie saignante, très douloureuse, qui reste longtemps à guérir. Dernièrement M. Lisfranc l'a mis sous nos yeux en usage, chez un jeune homme, à l'hôpital de la Pitié ; la douleur a été extrême, bien que l'opération n'ait duré qu'un instant. Ce mode opératoire a pour but, comme on le voit, de diminuer la masse de chairs latérales à l'ongle, d'établir à leur place un tissu inodulaire et de laisser au bord de l'ongle toute sa liberté à l'abri d'une récidive. On comprend, que si la quantité enlevée de parties molles est assez grande pour empêcher l'ascension des chairs restantes pendant leur aplatissement dans la démarche, la récidive est impossible ; mais c'est justement là la difficulté. M. Lisfranc fait remarquer lui-même que si l'excision du lambeau n'est pas portée assez en arrière vers la racine, et assez en dedans vers la ligne médiane de la face plantaire de la phalange, la cicatrice attire vers elle les parties molles adjacentes et il peut y avoir récidive. D'un autre côté, il fait observer qu'à cet endroit, on trouve une masse de tissus cellulo-graisseux élastique, qui rend aisément la plaie fongueuse ; si on ne la touche pas tous les jours avec le nitrate d'argent et quelquefois aussi avec le fer rouge, elle donne une cicatrice haute qui ne s'oppose pas toujours à la récidive. On voit déjà que la pratique que nous venons de décrire, n'est pas sans quelques inconvénients, bien qu'elle offre d'ailleurs l'avantage de conserver l'ongle dans son intégrité. Il est clair, au surplus, que ce procédé ne peut guérir la maladie si la phlogose suppurante s'est prolongée jusqu'à la gouttière matriculaire de l'ongle. Dans ce cas l'arrachement de l'ongle est indispensable le plus souvent.

M. Gerdy a suivi, il y a peu de jours, sur un jeune homme, un autre mode opératoire et qu'on peut considérer comme un perfectionnement du précédent. Il fixe solidement le pied, et le gros orteil sur le bord du lit, il saisit un bistouri solide à pleine main comme pour tailler une plume à écrire, et il ébarbe les parties molles d'arrière en avant, dans une direction elliptique, d'un seul trait, de telle sorte que le bistouri coupe latéralement l'orteil en bec de flûte, depuis la racine de l'ongle jusqu'à son extrêmité, en passant par la ligne médiane de ce doigt. Le bord correspondant de l'ongle et de la phalange se trouve aussi légèrement rasé par le bistouri. Il en résulte une plaie oblique dont la cicatrisation doit laisser le bord de l'ongle pousser librement sur le côté, sans trouver de parties molles à sa rencontre, par la raison que celles-ci ont été enlevées jusque dans le milieu de l'orteil. M. Gerdy pose en fait que la cause la plus puissante de la maladie en question n'est pas dans l'usage d'une chaussure trop étroite, mais bien dans la démarche qui, par le poids du corps, aplatit les tissus plantaires de l'orteil, les rebrousse sur le côté et les fait remonter à la rencontre de l'ongle ; ils s'y enflamment, s'altèrent par l'action de celui-ci et donnent naissance aux souffrances qui lui sont propres. De là, la pratique que recommande M. Gerdy. D'un autre côté, ce praticien tient à conserver l'ongle, par la raison, dit-il, que ce corps donne de la force à l'orteil, le garantit beaucoup mieux qu'une cicatrice, de l'action des corps extérieurs, et l'on sait quel rôle important le gros orteil joue dans la station débout et dans la déambulation. Il est évident que s'il fallait opter entre les deux procédés, le dernier ne méritât la préférence. Encore ici cependant nous devons répéter que ce mode opératoire n'est pas applicable aux cas où la matrice de l'ongle est elle même malade, enflammée, suppurante, etc. ; ce cas n'est pas extrêmement rare, comme on sait.

Dans la seconde catégorie, sont les praticiens qui agissent sur l'ongle et respectent plus ou moins les parties molles. On se propose généralement d'arracher l'ongle et de prévenir sa reproduction en détrui-

sant la gouttière inter-dermique qui lui donne naissance. M. Roux est resté fidèle à la pratique de Boyer, ainsi que nous la rappellions dernièrement. Il saisit l'ongle avec de bonnes pinces à dissection, par l'un de ses angles antérieurs, et, par un mouvement de roulement de bas en haut, il l'arrache en un clin d'œil. Il faut, pour que cela réussisse d'un seul trait, que la pince morde bien et que l'ongle ne soit pas cassant. Il panse ensuite la plaie saignante avec un petit plumasseau sec de charpie fine; puis avec une petite bande solide il entoure fortement l'orteil, un grand nombre de fois, en pressant particulièrement vers le lieu de la racine de l'ongle, afin d'en aplatir la matrice et de provoquer son oblitération, soit par réunion immédiate, soit après suppuration. Cette méthode est applicable à toutes les variétés de la maladie; elle exige un mois à six semaines de traitement; mais si le bandage n'est pas bien fait, ou pas toléré, l'ongle et le mal se reproduisent. M. Roux, cependant, obtient généralement de bons résultats.— Les autres chirurgiens des hôpitaux se sont un peu éloignés de cette pratique et paraissent se conformer plutôt aux idées de Dupuytren à cet égard. M. Blandin, par exemple, fend l'ongle vers son milieu d'avant en arrière, à l'aide de ciseaux, et n'arrache que la seule moitié malade. Il saisit l'ongle avec des pinces par le point divisé, et non par l'angle enfoncé dans les chairs, ainsi que le faisait Dupuytren. Il laisse suppurer la plaie et s'attache à la panser de telle sorte, à l'aide de bandelettes compressives et de charpie, que les chairs soient affaissées et que le nouvel ongle les surmonte, comme à l'état normal. Au reste, M. Blandin n'opère pas tous les cas indistinctement; il essaie chez la plupart, de relever l'ongle enfoncé et de le dégager des parties molles, à l'aide de charpie fine ou de coton qu'il insinue d'avant en arrière avec un stylet ou une lame de ciseaux sous le bord de l'ongle, et il y réussit assez souvent. Cette pratique, conseillée par Boyer, donne généralement d'excellents résultats si elle est bien suivie, et elle est heureuse, surtout comme moyen prophylactique.— M. Velpeau fend également l'ongle, comme Dupuytren, mais il arrache les deux moitiés en les saisissant par le point divisé; il a en outre ajouté une modification importante pour amoindrir la douleur de l'arrachement : il serre fortement la racine de l'orteil à l'aide d'une petite bande, de manière à l'étrangler pendant l'arrachement. Les pansements s'exécutent, comme nous venons de le dire, toujours dans le but d'affaisser les chairs et de laisser à l'ongle sa liberté de développement.

Ces derniers préceptes sont généralement adoptés par les jeunes chirurgiens, mais ils veulent, en outre, l'oblitération de la matrice de l'ongle. Nous avons vu, dans un dernier numéro, que M. Chassaignac, par exemple, cautérisait, à l'aide de la pâte de Vienne, toute la plaie saignante après l'arrachement, et qu'il insinuait cette pâte avec une spatule jusque dans la gouttière de la matrice. Le caustique n'y est laissé que quelques minutes. Pansement de l'escarrhe par occlusion. Guérison en huit ou dix jours. Il y a là double douleur : celle de l'arrachement des moitiés de l'ongle, et celle de la cautérisation. La chose cependant paraît assez bien tolérée, surtout quand on fait usage de la mesure ci-dessus indiquée de M. Velpeau. La cicatrice qui en résulte est assez solide pour bien servir l'orteil dans la démarche. Disons cependant que la potasse avait déjà été employée, depuis longtemps, pour détruire la matrice de l'ongle dans ces cas, mais les choses étaient exécutées différemment. — Nous avons vu également que, de son côté, M. Robert circonscrivait la racine de l'ongle par une incision courbe, avec la précaution de ne pas tomber dans l'articulation de la phalange, et qu'il arrachait la partie d'arrière en avant; ou bien il suivait le procédé d'arrachement de M. Velpeau et visait à détruire la gouttière à l'aide d'attouchements répétés avec la pierre infernale.

Telles sont à peu près les pratiques suivies de nos jours dans les hôpitaux, à l'égard de cette maladie. On voit, par conséquent qu'il n'y a que deux chirurgiens qui se sont écartés de la règle commune, M. Lisfranc et M. Gerdy. Nous venons de faire remarquer que la méthode adoptée par ces cliniciens, ne pouvait être générale, ni à l'abri de quelques inconvénients assez sérieux, mais qu'elle offrait l'avantage réel de conserver l'ongle. Or, ce même avantage se retrouve aussi dans la méthode de Dupuytren, adoptée par MM. Velpeau et Blandin. On peut donc opter pour celle-ci dans l'état actuel de l'art, et se mettre à l'abri de la récidive en suivant le conseil de Boyer, de relever toujours le bord du nouvel ongle à l'aide d'un peu de coton.

Le saignement par l'oreille, à la suite de blessures à la tête, avec ou sans commotion, avec ou sans plaie ou fracture, ont, depuis quelque temps, attiré particulièrement l'attention des chirurgiens des hôpitaux, par suite de plusieurs faits importants que nous avons fait connaître. Il s'agissait de savoir quelle était la véritable valeur de ce phénomène; s'il indiquait constamment une fracture du rocher, s'il réclamait des soins particuliers, etc. La question a été diversement résolue. Les uns soutenaient que le saignement par l'oreille, dans ces cas, se rattachait constamment à une fracture (Blandin); les autres, au contraire, lui assignaient souvent pour origine les vaisseaux du conduit auditif externe ou de la caisse, et ne lui accordaient que peu d'importance au point de vue du pronostic (Gerdy, Velpeau). Trois cas nouveaux se sont présentés dernièrement à la Charité, et la question a été, par conséquent, reprise. Dans l'un (salles de M. Gerdy), il s'agissait d'un jeune maçon, très robuste, qui était tombé d'un échafaud de premier étage, peu élevé ; il avait perdu connaissance pendant quelques instants et éprouvé plusieurs contusions peu importantes en apparence, à la tête et ailleurs. Du sang s'était ensuite abondamment écoulé par l'oreille droite, pendant trois jours, au dire du malade; et lorsqu'il est entré à l'hôpital (le soir du 3e jour), l'é-

coulement persistait encore. La commotion avait disparu, le patient se plaignait seulement de céphalalgie, son pouls était vigoureux, sa peau chaude; pas de symptômes de compression. Deux ou trois saignées, des potions émétisées et la diète, l'ont mis en état de sortir bien portant, quelques jours après. L'écoulement par l'oreille avait cessé le quatrième jour, quand nous l'avons vu; mais on a pu s'assurer que la membrane tympanique était déchirée, puisque, en engageant le malade à souffler (la bouche et le nez étant bouchés), l'air sortait par l'oreille avec un sifflement sensible à distance et ébranlait fortement la flamme d'une bougie. On a dû en conclure que le sang provenait, ou de la membrane elle-même, ou de l'intérieur du tympan. M. Gerdy n'a pu admettre l'existence d'une fracture, puisqu'il n'y avait aucun symptôme qui autorisât la présence d'une pareille lésion, pas de paralysie de la face, pas de déviation de la luette; pas de douleur fixe ni de symptômes de compression. Ce praticien pose en fait, que le rocher ne peut se fracturer sans que du sang s'accumule dans les membranes de la base du cerveau, ce qui donne naissance à des phénomènes de compression. Quant au mécanisme de l'événement, M. Gerdy l'explique par l'ébranlement moléculaire qui déchire la membranule de la caisse, celle du tympan ou du conduit externe. Il en est de même, selon lui, dans les cas où le sang provient des narines ou de la gorge, la commotion ayant dans ces occurrences déchiré la muqueuse correspondante. Ces raisons sont sans doute importantes, elles militent en faveur de la négation de la fracture; mais, il faut en convenir, elles ne démontrent pas la chose péremptoirement, par la raison que la fracture elle-même a été souvent rencontrée, et que les caractères de cette lésion ne sont pas toujours saisissables sur le vivant. Peut-on, par exemple, compter sur les caractères signalés par M. Laugier, pour établir l'existence ou la non existence de la fracture? On sait que ce chirurgien prétend qu'il y a fracture quand l'écoulement par l'oreille est séro-sanguinolent. Il est donc permis de dire qu'il reste encore beaucoup à faire pour éclaircir cette importante question.

Dans le second cas (même service), il s'agit aussi d'un jeune ouvrier robuste, qui est tombé dans un escalier en portant une malle lourde sur le dos. Il s'est frappé contre une marche à la tempe droite, et il a à peine perdu connaissance. L'oreille du même côté a bientôt donné beaucoup de sang, et l'audition est devenue dure. Entré à l'hôpital quatre jours après, il présentait une bosse sanguine volumineuse à la tempe; l'écoulement par l'oreille avait cessé; la dureté auditive persistait; le malade accusait des battements dans le côté correspondant de la tête, céphalalgie, pouls dur. Au reste, pas de symptômes de compression, pas de paralysie faciale, pas de déviation de la luette; l'air pulmonaire expiré avec force ne sortait pas par l'oreille; la membrane tympanique n'était donc pas déchirée. On a dû en conclure que le sang provenait cette fois de la membrane du conduit externe, et ne se liait pas à l'existence d'une fracture. On pourrait cependant se demander si la membrane tympanique ne s'était pas oblitérée, puisque l'accident était arrivé depuis quatre jours. Toujours est-il que, dans ce cas aussi, les choses se sont passées simplement, et l'on a été en droit de rejeter la présomption d'une fracture. Dans un troisième cas, le malade avait été reçu à la clinique de M. Velpeau, pour diverses lésions; l'écoulement de sang par l'oreille n'a pas paru non plus se rattacher à des conditions sérieuses profondes. Si l'on rapproche maintenant ce qui précède de ce que nous avons dit dans l'avant-dernier numéro, page 452, sur la fracture du rocher, l'on arrivera à cette conclusion que, dans l'état actuel de la science, l'écoulement de sang par l'oreille, dans les circonstances dont il s'agit, n'autorise d'admettre une fracture qu'autant qu'il s'accompagne de paralysie de la face ou de la luette.

Hôpital de la Charité (M. VELPEAU).

Antéflexion de l'utérus. *Pratique nouvelle.* — Une jeune femme, couturière, blonde, d'assez bonne constitution, a été reçue à la clinique pour une affection utérine datant de huit mois et se traduisant par de violents maux de reins, de pesanteurs dans le pelvis et de pincements dans le haut des cuisses. Ces phénomènes s'étaient déclarés à la suite d'une métrorrhagie occasionnée probablement par une fausse-couche. La patiente n'avait jamais fait d'enfants, elle n'était pas mariée, mais elle s'était exposée à devenir mère. A l'examen par le toucher vaginal, M. Velpeau a senti le col utérin dans sa position normale et une tumeur saillante contre la paroi antérieure du vagin. Un examen au spéculum n'a rien fait découvrir, que quelques granulations sur le museau de tanche. La tumeur vaginale augmentait par la pression opérée avec une main à l'hypogastre. Il n'existait aucune saillie du côté du rectum, et la vessie paraissait parfaitement saine. M. Velpeau a diagnostiqué une antéflexion de l'utérus, c'est-à-dire une incurvation du corps de cet organe en avant, le museau de tanche n'ayant rien perdu de sa direction normale, de telle sorte que la matrice avait pris la forme d'un cornichon. Il a prescrit le repos au lit, puis il s'est mis en devoir de redresser l'utérus en suivant le procédé suivant : Il a introduit dans la cavité utérine une sonde urétrale courbe, en gomme élastique, qu'il a fait glisser sur son doigt indicateur jusqu'à l'ouverture du museau de tanche. Cette sonde était armée d'un mandrin courbe, assez fort. Pour entrer, la cavité de l'instrument était dirigée en avant ou en haut; un aide pressait fortement l'hypogastre avec une main. Une fois introduite dans la cavité utérine, la sonde a été retournée doucement sur son axe, de telle sorte que sa convexité se trouvât en haut et sa concavité en bas. Alors, relevant le pavillon et pressant d'avant en arrière et de haut en bas, comme pour enfoncer la matrice, le chirurgien ébranlait et relevait celle-ci, en la faisant basculer en arrière où il la retenait quelques instants, autant que les douleurs accusées par la patiente le lui permettaient. Cette opération a été répétée plusieurs fois, à quelques jours d'intervalle; toujours la malade s'en est bien trouvée après. Aujourd'hui, sixième semaine du traitement, les souffrances ont disparu, la tumeur a beaucoup diminué, la sonde peut entrer plus facilement dans le col; la femme se croit guérie et elle vient d'obtenir sa sortie.

— Les inflexions ou incurvations de l'utérus, quoique rares, ont été déjà rencontrées un assez grand nombre de fois sur le vivant et sur le cadavre pour pouvoir être diagnostiquées désormais sans beaucoup de difficulté, du moins pour les cas dont l'inflexion est très prononcée et s'accompagne de phénomènes sérieux. M. Velpeau a souvent observé cette altération, ce qui ferait présumer que la rareté excessive tient plutôt au peu d'attention qu'on avait portée dans le diagnostic. Il est à peine b soin de dire que l'on ne doit pas confondre les incurvations avec les inclinaisons, autrement dites antéversion et rétroversion. On distinguera aisément au toucher ces derniers états en tenant compte de la déviation du col ; c'est peut-être là le seul caractère différentiel dans quelques cas, car les symptômes dynamiques et les autres signes physiques sont à peu près les mêmes dans les deux affections. Néanmoins, il faut en convenir, la maladie elle-même est encore à l'étude et exige de nouvelles recherches, surtout au point de vue étiologique ; et quant à son traitement, on sait que tout est à faire. On avait déjà posé pour première indication de redresser l'organe infléchi, mais les moyens pour la remplir n'avaient pas atteint le but. Desormaux et M. Deneux avaient proposé d'introduire dans l'utérus des tampons d'éponge qui, en se gonflant, ramèneraient le fond de l'organe vers la ligne axuelle; mais cette ressource était trop faible et elle n'a peut-être jamais été mise en pratique. Le nouveau mécanisme réductif imaginé par M. Velpeau offre une grande puissance, surtout quand on se sert d'une sonde métallique volumineuse, à extrémité mousse et organisée de manière à pouvoir redresser sa courbe une fois introduite. Ces sortes de sondes à redressement volontaire existent déjà dans l'art; il s'agit donc d'en faire l'application aux cas en question, à moins qu'on ne préfère se servir de la première sonde élastique venue, armée d'un mandrin courbe, ainsi que l'a fait M. Velpeau, faute d'un instrument spécial qu'il se propose de faire construire. Quant au résultat de cette opération chez la malade dont il s'agit, il faut tenir compte de l'effet naturel du repos au lit. Il est même probable qu'une grande partie des honneurs de la cure revienne à cette condition, et il ne serait pas impossible que la maladie reparût si la femme se livrait à des travaux rudes, à des marches forcées, etc. Il serait important, par conséquent, de réexaminer cette femme plusieurs mois après sa sortie de l'hôpital.

Tumeur kéloïdienne a l'avant-bras. *Cas rare.* — Une jeune personne, âgée de 16 ans, couturière, bien constituée, irrégulièrement menstruée, a été reçue pour une tumeur qu'elle porte à la partie inférieure de l'avant-bras gauche. Cette tumeur s'offre dans les conditions suivantes : elle occupe le bord radial, près du poignet, et empiète même sur celui-ci, dans la direction verticale de l'espace intermédiaire au pouce et à l'indicateur; elle est plate, de forme oblongue, et présente à peu près le volume d'un demi citron coupé dans le sens de son grand diamètre; sa longueur verticale est de dix à douze centimètres, sa largeur de cinq à six centimètres, son épaisseur de deux centimètres environ. Son contour n'est pas parfaitement limité; la masse morbide envoie, en effet, aux environs, quelques prolongements analogues à des racines, ce qui donne à la tumeur les apparences d'un crabe ou d'une petite écrevisse, à la couleur près, qui est d'un blanc opalin analogue à de la cire. Surface parfaitement lisse, luisante, mais très anfractueuse; on y voit des inégalités prononcées, des enfoncements, des trous, des crispations onduleuses Dureté ligneuse, insensible à la pression et même à l'insinuation d'aiguilles dans sa substance; base très mobile. Le siége de la maladie paraît borné dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les tendons sont sains et libres et les fonctions du membre ne présentent aucune altération. La maladie ne gêne autrement que par sa présence mécanique, ou plutôt par la difformité qu'elle cause. — Voici maintenant le commémoratif. La tumeur existe depuis seize mois à peu près; elle s'est déclarée à la suite d'une brûlure causée par de l'eau bouillante sur le point correspondant. On voit, en effet, aux alentours, une sorte de cicatrice large et superficielle qui indique la préexistence d'une brûlure. La cicatrisation de cette lésion s'est fait attendre pendant plusieurs mois, et c'est dans le tissu inodulaire lui-même que la végétation morbide s'est engendrée. Le mal s'est déclaré par une sorte d'hypertrophie de ce tissu, et il a fait des progrès en s'étendant dans tous les sens, surtout depuis six mois, et toujours sans douleur. Dans l'espace des six derniers mois, la tumeur a augmenté de deux centimètres vers le point le plus saillant de son épaisseur. La patiente désire vivement en être débarrassée. Son père, sa mère, ses autres parents sont bien portants et n'ont jamais rien éprouvé de semblable. — M. Velpeau se propose d'attaquer la tumeur par son caustique (acide sulfurique solidifié à l'aide du safran), préférablement au bistouri, après avoir toutefois essayé la compression avec les bandelettes de diachylon. Nous reviendrons, s'il y a lieu, sur ces détails.

P. S. — Une première application de caustique a été faite quelques jours après la redaction des détails ci dessus; mais la patiente n'a pu la supporter, les douleurs ayant été excessives; l'élève de garde a dû enlever le topique plusieurs heures après. La tumeur était déjà ramollie comme de la corne qu'on aurait trempée dans de l'eau bouillante; puis elle s'est affaissée par une sorte de travail dynamique. Une seconde application a été plus heureuse; on a enlevé la partie mortifiée. On continue dans ce système jusqu'à destruction complète, si cela est possible. Le caustique cependant n'a pas paru exercer d'action sur quelques points. On a enlevé avec le bistouri une tranche de la tumeur pour l'examiner au microscope. Pas de douleur ni de sang.

— Au premier aspect, cette tumeur rappelait les végétations verruqueuses des cicatrices, décrites dans ces dernières années par M. Brodie. Un examen approfondi cependant décélait un tissu dur comme du marbre; et sa forme, analogue à celle du corps de certains crustacés, ramenait naturellement l'esprit vers l'excroissance squirrhoïde qu'Alibert a décrite sous le nom de tumeur kéloïde, et qu'on a plusieurs fois rencontrée depuis cet auteur. Il y a cette différence entre le squirrhe proprement dit et les masses kéloïdiennes, c'est que le premier se ramollit, s'ulcère, conduit à la cachexie cancéreuse ; tandis que les dernières restent invariables sous ces divers rapports, bien qu'à la vérité elles aient de la tendance à se reproduire sur le lieu même, si on les opère. On voit déjà que si la tumeur

kéloïde jouit, comme le squirrhe et le cancer, de la faculté de se reproduire, elle ne ressemble, au reste, aucunement à ce dernier, puisqu'elle ne s'ulcère pas, ne détermine pas d'accidents constitutionnels, et peut être portée impunément toute la vie, sauf les incommodités qui résultent de son action mécanique. Il suit de là, d'après M. Velpeau, qu'il ne faut pas, en général, viser à extirper ces sortes de tumeurs, à moins de raisons particulières. M. Velpeau a rencontré dans sa pratique un assez grand nombre de cas de ce genre, et dans presque toutes les régions du corps. Chez un individu, il a trouvé douze ou treize tumeurs kéloïdiennes, de volume variable, au tronc; chez un autre, le mal était sur le moignon de l'épaule; chez un troisième, il occupait le devant du sternum; et chez un quatrième, il avait envahi le milieu de la lèvre supérieure où il se présentait comme une lame cartilagineuse placée de champ dans l'épaisseur des tissus. On se rappelle, au reste, d'un cas remarquable présenté, il y a deux ans, à l'Académie de médecine par M. Gimelle: l'affection régnait à la face postérieure de l'omoplate, offrait une grande étendue et était survenue à la suite de plaies par arme blanche. Plusieurs de ces malades ont été opérés, le mal a été extirpé, mais il a récidivé le plus souvent. M. Velpeau regarde l'affection comme semi-cancéreuse. Le plus souvent, elle se déclare dans le tissu même des grandes cicatrices et semble résulter d'une sorte d'hypersécrétion de matière plastique ou inodulaire. Il ne faut pas la confondre, au surplus, avec une variété rare de cancer qui se forme au dessous des cicatrices, qui soulève ces mêmes cicatrices et finit par les perforer pour se frayer un passage, ainsi que Boyer l'a signalé le premier. — Le fait dont on vient de lire les détails, présente, comme on le voit, un très grand intérêt, et par sa rareté, et par les conditions inhérentes à sa nature si singulière.

Fracture par pénétration du col du fémur. *Diagnostic difficile.* — Un vieillard, âgé de 76 ans, donneur d'eau bénite à Saint-Sulpice, autrefois coiffeur des grisettes du quartier Richelieu, est tombé sur le flanc droit contre les marches de son église. Il a offert les symptômes suivants : Très légère rotation du membre en dehors; impuissance absolue de soulever le talon du matelas ou de produire la rotation de la pointe du pied en dedans; applatissement de la fesse; soulèvement du pli de l'aîne; raccourcissement d'un centimètre; absence complète de crépitation; pas d'autre symptôme appréciable, si ce n'est un peu de douleur pendant qu'on exerçait des mouvements rotatoires; pas de déplacement notable du trochanter. — On pouvait, à la vérité, rattacher tous ces phénomènes à une simple contusion, puisqu'on ne trouvait pas là, à la rigueur, les caractères classiques, bien prononcés de la fracture du col du fémur. L'expérience clinique cependant et des observations nécropsiques particulières ont autorisé M. Velpeau à diagnostiquer une fracture par pénétration, c'est-à-dire par engrenage ou par introduction du fragment supérieur du col dans le tissu spongieux du trochanter. Il s'agit, par conséquent, d'une fracture moins grave que les fractures ordinaires de cette région. Le repos au lit pendant quelques jours, le membre posé sur un plan à dos d'âne, puis la déambulation à l'aide de béquilles chaque jour, telles sont les mesures que M. Velpeau vient de prescrire pour ce vieillard. Cette observation, sans offrir rien d'inconnu, nous a semblé, dans l'état actuel de l'art, présenter de l'intérêt au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Hôpital Saint-Louis (M. Jobert).

Brulures. Eau glacée. — Les résultats que M. Jobert obtient à l'hôpital Saint-Louis, dans le traitement des brûlures graves, à l'aide de fomentations d'eau glacée (vessies remplies de glace), sont vraiment remarquables. Ce moyen, refrigérant par excellence, enlève le calorique morbide, borne le travail de la suppuration gangréneuse, prévient surtout les réactions viscérales, si formidables en pareille occurrence, et met les tissus adjacents à la partie désorganisée dans des conditions favorables à la réparation. Si la brûlure envahit une grande partie du corps, on donne des bains froids répétés, et l'on couvre, dans l'intervalle des bains, les parties brûlées avec de grands linges trempés dans de l'eau froide et des vessies de glace. Nous avons vu des malades se rétablir sous l'influence de ces secours, alors qu'ils auraient vraisemblablement succombé sans eux. Dernièrement encore, un malheureux ouvrier, âgé d'une quarantaine d'années, s'était endormi tout habillé sur son lit, ayant une chandelle allumée à côté de lui; le feu a pris à ses vêtements, à l'épaule gauche, et lui a produit des escarrhes formidables sur tout le moignon de l'épaule, sur la portion correspondante du cou, de la clavicule et dans la moitié supérieure du bras. Cet infortuné eût sûrement été consommé par les flammes, si la fumée et l'odeur qui sortaient de sa petite chambre, n'eussent averti et fait accourir les voisins à son secours. Emmené à l'hôpital St-Louis, il a été couvert de linges légèrement cérates sur la région carbonisée, aspergés ensuite d'eau glacée, puis surmontés de vessies à moitié pleines de glace. Une saignée a été pratiquée; diète; boissons rafraîchissantes. La réaction générale a été jugulée par ce traitement, et le malade allait déjà parfaitement à la chute des escarrhes. On remplace alors la glace par des fomentations d'eau fraîche, et tout annonce que ce malade guérira heureusement. Nous pourrions citer une foule d'autres cas aussi graves ou plus graves encore; comme, par exemple, par l'immersion de tout un membre abdominal, jusqu'à la fesse ou aux lombes, dans une chaudière de lessive bouillante, etc., guérir dans le même hôpital sous l'influence des bains froids prolongés et les fomentations de glace. Les malades se sentent restaurer par ces secours, leurs douleurs cuisantes s'apaisent, ils peuvent reposer, dormir, leur fièvre s'affaiblit, leur soif s'éteint, et l'organisme reprend, en attendant, son ascendant réparateur, qui conduit plus ou moins promptement à la guérison.

— On a immensément écrit sur les brûlures. A chaque instant des remèdes nouveaux, ou renouvelés des temps passés, viennent demander une place distinguée dans nos cadres thérapeutiques. On les a bien accueillis quelquefois; mais bientôt ils ont été tour à tour frappé d'improbation ou mis silencieusement à l'écart par les nouveaux venus. Nous n'examinerons pas la question de savoir si c'est à tort ou à raison que la pratique de tous les temps ait offert à cet égard, comme de nos jours, une si grande versatilité. Disons seulement que quelques-uns de ces moyens étaient réellement mauvais, nuisibles : tel est le coton cardé, par exemple, pour lequel quelques personnes ont, dans ces derniers temps, accordé tant de faveur.

Comment peut-on se contenter, pour tout traitement d'une brûlure (n'importe à quel degré) de couvrir la partie lésée, de coton, d'un corps isolateur du calorique, qui entretient, exagère, accumule, multiplie l'énergie du principe lui-même de la maladie? N'est-il pas évident que, par cette pratique, une brûlure au second degré doit passer au troisième par le fait même de l'accumulation du calorique qui fait passer la réation phlogistique simple à l'état gangreneux ou d'escarrhe? On ne se doute même pas de la gravité réelle du fait que nous venons de signaler. Entrons dans quelques détails.

Un préjugé vulgaire apprend que les brûlures continuent à marcher après leur formation, c'est-à-dire que des escarrhes, qui n'existaient pas un instant après l'accident, se déclarent ensuite et s'étendent les jours suivants. La science a combattu ce préjugé : elle établit que la mortification est effectuée dès le moment même de l'action du calorique, même dans les points où on ne voit rien d'appréciable et où des escarrhes se déclarent pourtant plus tard. Cette doctrine n'est pas rigoureuse, car elle ne tient pas compte de la mortification qui succède spontanément à la réaction phlegmoneuse, réaction qui est elle-même gangreneuse, indépendamment de l'action primitive du calorique. Il est de fait que, pendant quelque temps, les parties brûlées sont très chaudes; elles conservent encore une quantité de calorique insinué, accumulé dans les tissus. Nous avons vérifié encore dernièrement ce fait en appliquant deux boutons de fer incandescent sur l'anneau inguinal pour une affection grave de cette région. Nos doigts placés aux alentours de l'hypogastre, pour fixer les parties, ont senti pendant quelque temps l'action du calorique appliqué à quelque distance, et tous les tissus adjacents ont été brûlants pendant un certain temps. Ils est donc vrai que les brûlures marchent, s'étendent, après l'application du feu, soit par le calorique lui-même accumulé dans les tissus, soit par la réaction gangreneuse que sa présence même provoque. La conséquence toute naturelle de ces observations, c'est que la première indication fondamentale dans le traitement des brûlures consiste à enlever par tous les moyens possibles le calorique accumulé dans la partie lésée, soit celui communiqué par la brûlure primitive, soit l'autre que la réaction détermine et qui agit de la même manière. On n'a pour cela rien de mieux que l'eau fraîche, l'eau glacée, la glace elle-même. Il est donc évident que, dans les grandes brûlures, le meilleur moyen de salut ou de soulagement est le bain froid. Pourquoi donc cette pratique, la seule vraie, la seule efficace, est-elle si peu goûtée de nos jours? C'est qu'on cherche, on se complaît dans les prétendus spécifiques : l'eau fraîche est trop vulgaire; le coton vient des Indes ou de l'Orient, il a quelque chose de balsamique aux yeux de plusieurs personnes, et puis M. Mayor lui a découvert des qualités occultes!!... Regardez donc ces flots de pus accumulés sous ces croûtes dégoûtantes, indurées, irritantes de coton, collées aux surfaces ulcérées, et dont la durée est indéfinie! En vérité, nous vivons dans une époque d'empirisme désolant, en matière de médicaments. Quand il s'agit de pathologie, on s'élève jusqu'au sublime; l'on croit que la thérapeutique doit en être une conséquence forcée, et l'on dédaigne presque de descendre expérimentalement jusqu'à elle. Ici on s'interdit jusqu'à la logique la plus simple et l'on abandonne tout au calcul du laboratoire de chimie, comme si, dans l'organisme vivant, les choses se passaient de la même manière que dans nos cornues! Nous voulions par là faire allusion à quelques composés vantés excessivement dans ces dernière années contre les brûlures et qui, sans être réellement nuisibles, empêchent de remplir les indications fondamentales. Quand on se vante de guérir les brûlures, on soutient un paradoxe, car on ne fait pas rétrograder une partie mortifiée, réduite en escarrhe ou déjà vésiquée; mais il est des indications importantes à remplir pour empêcher les progrès du travail gangreneux ou vésiquant, pour prévenir les réactions viscérales formidables, pour apaiser les douleurs, etc. Or, ces indications ne se remplissent pas par tel ou tel topique, et il faudrait vraiment renoncer à la logique pour opposer à ces conditions quelques poignées de coton ou, ce qui serait plus grave encore, la boîte calorifère de M. Guyot.

Hôpital Beaujon (M. Robert).

Incontinence d'urine chez les enfants et chez la femme. — Une petite fille a été dernièrement traitée et guérie d'incontinence d'urine, par M. Robert, à l'hôpital Beaujon. Trois femmes, dont deux assez jeunes, y sont traitées également, en ce moment, pour la même affection. Chez les quatre sujets, l'incontinence se rattachait à une cystite; aussi le traitement n'a-t-il pas offert d'embarras, comme cela a lieu ordinairement, surtout chez les enfants. Ce qui a mis M. Robert dans la voie du diagnostic véritable, c'est, d'une part, l'impuissance de différents remèdes réputés anti-spasmodiques, qu'il avait d'abord employés chez la petite fille; de l'autre, l'examen des urines de cet enfant. La strychnine, l'opium et d'autres moyens encore n'avaient rien produit, la petite malade laissait échapper ses urines continuellement; on a soupçonné une pierre dans la vessie, cependant la cathétérisme n'accusait aucun corps étranger. On a dès lors fait en sorte de lui faire rendre une certaine quantité d'urine dans un pot. Cette urine a déposé une quantité considérable de mucus épais, ce qui, joint à la sensibilité de l'organe, signalée par l'impression de la sonde, a fait diagnostiquer une cystite comme cause de l'incontinence. M. Robert a prescrit des injections répétées d'eau de guimauve, de décoction de pavot, des bains de siège, des sangsues, des boissons antiphlogistiques et l'usage interne du baume de copahu. En peu de temps la phlogose vésicale a diminué, et par suite aussi l'incontinence. Cet enfant a fini par guérir complétement. Les trois femmes, qui sont en ce moment à l'hôpital, offrent exactement les mêmes phénomènes: la cystite n'a été diagnostiquée que par l'examen des urines. La même médication les a déjà soulagées, surtout les injections émollientes; mais elles sont encore loin d'être guéries.

— Le point important, nous allions dire nouveau, dans

cette observation, est la découverte de la cystite comme cause de l'incontinence d'urine. Il serait difficile de dire pourquoi l'incontinence d'urine est plus fréquente chez les enfants du sexe féminin, et si elle se rattache toujours a une cystite. On comprend combien il serait important de vérifier ce dernier point, puisque l'infirmité, qui est si rebelle aux médications adoptées jusqu'à ce jour, deviendrait moins refractaire, et l'on pourrait même dire facilement curable. Il serait plus difficile encore de dire pourquoi la cystite, qui est si fréquente chez l'homme, n'occasionne pas ordinairement l'incontinence dans ce sexe, et si la même infirmité chez les jeunes garçons se rattache à la même cause. Il est de fait que dans la phlogose du col de la vessie, qu'on observe quelquefois dans l'uréthrite, il y a une telle faiblesse dans l'organe, que l'incontinence s'y accompagne par intervalles. On comprend que cette partie enflammée cesse de fonctionner normalement ; il y a suspension de fonction, ou contraction incomplète du col; de là incontinence. C'est ainsi que l'estomac enflammé ne retient pas les aliments, que la rétine congestionnée cesse de voir clairement, et que le sac lacrymal enflammé laisse écouler les larmes involontairement. M. Robert présume cependant que l'incontinence d'urine tient, dans les cas dont il s'agit, à la contraction trop souvent répétée de l'organe enflammé. Quoi qu'il en soit de cette doctrine, toujours est-il que l'incontinence d'urine chez l'enfant et chez la femme peut se rattacher désormais à une phlogose vésicale et être traitée en conséquence. Ce sont là des observations pratiques d'un grand intérêt.

Coup de feu au front. Nécrose. Trépan. — Une femme, âgée d'une trentaine d'années, avait été reçue à la Charité, il y a un mois environ, dans le service de M. Velpeau où nous l'avions examinée, pour une plaie au front produite par un coup de feu. Le mari de cette femme avait, disait-elle, dans un accès de jalousie, déchargé un pistolet sur elle, et il s'est suicidé aussitôt après. Cette femme présentait une plaie contuse avec dénudation du frontal, précisément au côté gauche, de l'étendue d'une pièce de deux francs, offrant tous les caractères des plaies par armes à feu, mais sans fracture. Elle n'avait pas éprouvé de commotion ni perdu connaissance, mais elle ne pouvait indiquer si le pistolet était chargé à balle; toute sa souffrance se réduisait à un peu de mal de tête ; pas de paralysie ni de réaction viscérale. La lésion a été par conséquent jugée peu grave, car l'os, dénudé lui-même, ne semblait pas mortifié, bien qu'il fût un peu sec au toucher. A peine cette femme est-elle restée deux ou trois jours à l'hôpital qu'elle a demandé brusquement sa sortie, et nous n'en avions plus entendu parler, lorsque nous avons appris qu'elle s'était, quelques jours après, fait recevoir à l'hôpital Beaujon. Nous l'y avons trouvée, en effet, dans le service de M. Robert, se plaignant de céphalalgie intense; l'os était manifestement nécrosé. Bientôt des symptômes de compression se sont déclarés. La femme a présenté d'abord de la paralysie du mouvement seulement au membre inférieur du côté droit, puis au membre supérieur du même côté (la plaie était à gauche). L'indication du trépan était donc évidente. M. Jobert a appliqué, en effet, une couronne de trépan sur le point nécrosé du frontal : du pus s'est écoulé en assez grande quantité; ce pus existait en nappe entre la dure-mère et la voûte crânienne, à quelque distance au delà de la nécrose; on le faisait écouler d'arrière en avant en comprimant un peu l'encéphale sur le point de l'opération. Les membranes du cerveau étaient un peu ramollies sur ce point; elles n'ont pas été incisées puisque l'épanchement paraissait exister en dehors des enveloppes. La femme a été soulagée, la paralysie a diminué tant que le liquide a continué de couler ; mais, par la suite, l'encéphale et ses membranes se sont boursouflés sur l'endroit trépané et l'écoulement s'est arrêté ou est devenu difficile. Dès lors les accidents primitifs ont fait des progrès et la malade est morte hémiplégique et dans le coma.

A l'autopsie, à laquelle nous avons assisté, on a trouvé les lésions suivantes : d'abord le crâne était nécrosé dans toute son épaisseur sur le point frappé par le coup et trépané, dans l'étendue de trois à quatre centimètres carrés (un pouce); la nécrose était parfaitement circonscrite et en voie d'élimination à cet endroit; mais au dessus et en continuité avec ce cercle, la table interne s'était également nécrosée dans l'étendue de quatre à cinq centimètres carrés. Cette nécrose interne était également limitée et en voie d'élimination. Ainsi sur le point frappé, nécrose des deux tables; au dessus, nécrose de la table interne seulement; en dehors, le péricrâne était parfaitement sain, non décollé, et la table externe se présentait dans des conditions normales sur le point correspondant à la nécrose profonde. Voilà pour les os — Le cerveau et ses membranes sont sains partout, si ce n'est un abcès du volume d'un petit œuf de poule à la partie postérieure, supérieure et interne de l'hémisphère gauche (la paralysie avait existé à droite). Cet abcès était placé précisément entre la faux et les circonvolutions cérébrales, celles-ci étaient aplaties par la compression, mais la substance cérébrale ne paraissait pas malade. Une membrane pyogénique bien formée existait sur ce point et enkystait parfaitement l'abcès. Comme l'abcès proéminait entre la partie postérieure des deux hémisphères, le cerveau droit présentait lui-même une sorte de dépression occasionnée par la tumeur. Le reste de l'autopsie n'a rien offert de notable.

— On a de la peine, au prime-abord, à comprendre la formation de ces lésions diverses. Pour ce qui est de la nécrose de la table interne, au dessus de l'endroit frappé par le coup, une seule réflexion se présente : c'est que cette table est moins animalisée, plus terreuse, plus fragile et, par conséquent, plus facile à nécroser que la table externe. Il est donc probable que cette nécrose se rattachait à l'ébranlement primitif que l'os avait dû éprouver par l'action de la cause vulnérante, ou bien au travail mortificateur consécutif qui a pu marcher plus facilement de ce côté peu vascularisé, que dans le reste de l'épaisseur de l'os. Pour ce qui est ensuite de l'abcès éloigné, comme cette collection se trouvait à une distance au moins de huit travers de doigts de l'endroit frappé, qu'aucune traînée purulente ou inflammatoire ne se voyait entre ces deux points, sa pathogénie est plus difficile à concevoir. Ce pus était tellement disposé qu'il n'aurait pu s'évacuer, en supposant qu'on eût incisé les membranes, sur l'endroit trépané, par la raison qu'il était, nous le répétons, en arrière et en haut, au dessous de la faux et vers un point enfoncé entre les deux hémisphères, donnant surtout sur l'hémisphère droit. Cette évacuation eût même été impossible en supposant qu'on eût eu des données certaines pour trépaner précisément vers le lieu correspondant à l'abcès. Des réflexions de plusieurs genres se présentent à l'occasion de ce fait important.

Hôtel-Dieu (M. Blandin).

Cancer au rectum. Ligature. *Procédé nouveau.* — Une vieille femme, âgée de soixante et quelques années, portait un cancer à l'intestin rectum, pour lequel elle s'est fait recevoir à l'Hôtel-Dieu. A l'examen, on a trouvé que le mal était limité à une moitié latérale des parois de cet intestin, depuis l'anus jusqu'à une profondeur de 8 à 9 centimètres (2 à 3 pouces). Le mal datait déjà de plusieurs années et s'accompagnait d'un écoulement fétide abondant. La constitution générale était encore en assez bon état, bien que menacée d'un envahissement diathésique imminent et que la malade fût déjà atteinte de catarrhe pulmonaire chronique. M. Blandin a cru pouvoir tenter l'ablation de la partie malade, seule ressource de salut pour la patiente. Craignant, avec raison, les conséquences d'une hémorrhagie dans de pareilles conditions, il n'a pas osé avoir recours à l'excision; il s'est donc arrêté à la ligature, qu'il a exécutée de la manière suivante: Il a circonscrit la partie inférieure de la tumeur dans une incision demi-circulaire, embrassant la portion correspondante de la paroi rectale. Cette incision a fait le demi-tour de l'ouverture anale, en s'étendant vers le périnée et vers la fesse; elle a été disséquée jusqu'à une assez grande profondeur, en suivant la direction de la tumeur. Arrivé ainsi par la paroi externe du rectum jusqu'auprès de la limite supérieure du mal, l'opérateur s'est arrêté là, et il a eu alors recours à une ligature multiple sur la limite saine. Cette ligature a été appliquée de la manière suivante, d'après les principes exposés ci-dessus à l'occasion de la ligature de l'amygdale. A l'aide d'une longue aiguille courbe, à manche, on a passé un double fil ciré, de dehors en dedans, vers la partie inférieure de la ligne que la ligature devait étrangler. Ce fil a été dédoublé, et les deux chefs de l'un des brins ont été rabattus en bas pour être fixés dans un serre-nœud; c'était là la première ligature. Le chef rectal du second brin a été réintroduit dans le chas de la même aiguille, et avec lui un autre brin libre. Ces deux chefs ont été repassés de dedans en dehors sur un point supérieur de la ligne d'étranglement. Dédoublant à présent ce second double fil, l'opérateur a tiré à lui les deux chefs du second brin du premier point. Ces deux chefs ont été rabattus à leur tour pour être fixés dans un serre-nœud, et leur anse s'est trouvée de la sorte embrasser en écharpe une grande partie de la masse morbide. Prenant alors les deux chefs du troisième brin, déjà passés avec le second point, il les a rabattus en haut et il les a fixés sur la limite supérieure du mal au moyen d'un autre serre-nœud. Toute la masse s'est trouvée ainsi cernée dans trois ligatures continues, passées séparément à l'aide de deux seuls points d'aiguille. Pour mieux saisir le mécanisme de cette ligature, on peut relire ce que nous avons dit dans les pages précédentes, à propos de la ligature de l'amygdale.

Les serre-nœuds ont agi efficacement; si bien qu'au bout de quelques jours la tumeur était déjà mortifiée inférieurement. M. Blandin a excisé cette partie gangrénée et bientôt il a enlevé les serre-nœuds, la tumeur paraissant vouloir tomber d'elle-même, sa masse étant déjà sphacélée. Dans ces entrefaites, cependant, la malade s'est affaiblie, son catarrhe bronchique est devenu plus grave, la force expectorante a décliné, et la patiente s'est éteinte dans des symptômes de suffocation. — A l'autopsie, à laquelle nous avons assisté, on a trouvé les conditions suivantes. Les parties malades avaient été parfaitement circonscrites par l'incision et embrassées par les ligatures. Il ne restait de la tumeur qu'un faible pédicule déjà mortifié qui serait tombé prochainement; les alentours du rectum étaient sains et tout annonçait que cette opération aurait eu d'heureux résultats sans les accidents du côté des bronches, déjà existant en partie avant l'opération. Les organes abdominaux étaient dans un état parfait. Pas d'abcès métastatiques dans le foie, ni dans le poumon, indiquant une infection purulente. Les bronches sont pleins, entassés de mucus purulent, ce qui explique la cause de la mort. La muqueuse bronchique est injectée, de couleur rouge-jaunâtre, épaissie, flasque, infiltrée de muco-pus. Une infiltration purulente existe sous les muscles pectoraux. Rien dans les grosses veines abdominales. Le péritoine est sain.

— Déjà M. Récamier avait pratiqué la ligature d'une partie du rectum pour un affection cancéreuse. Avant de poser les fils, ce médecin avait mortifié, avec un caustique potentiel, les alentours de la tumeur, afin de prévenir des hémorrhagies. On comprend qu'une pareille conduite devait difficilement remplir l'indication pour peu que le mal s'étendît profondément. La voie préparatoire au passage des fils est plus promptement et avec plus de précision exécutée avec le bistouri, ainsi que l'a fait M. Blandin. Nous nous abstenons de commenter ici la bonté du procédé de la ligature, ce sujet nous ayant déjà précédemment occupé. Qu'il nous soit seulement permis de faire remarquer que cette opération a déjà réussi entre les mains de M. Blandin dans d'autres cas de cancer rectal; qu'elle est de beaucoup préférable à l'excision et mérite, par cela même, toute l'attention des praticiens.

PROPOSITIONS CLINIQUES.

Torticolis. — Dans un cas de torticolis cléidien, c'est-à-dire inhérent à la rétraction du seul muscle cléido-mastoïdien, que M. Blandin a opéré dernièrement chez un enfant âgé de dix à douze ans, la seule section sous-cutanée de ce muscle a suffi pour redresser la tête parfaitement, aucun appareil n'ayant été nécessaire pour maintenir les parties dans cet état. Nous avons vu cet enfant huit jours après et il jouissait de tous les mouvements normaux du cou et de la tête. Avant l'opération, l'inclination latérale de la tête était très prononcée; le faisceau sterno-mastoïdien était sain, et il a été respecté. L'appareil mécanique n'est donc pas toujours indispensable après cette opération.

Position du moignon de la cuisse amputée.—Dans une amputation de cuisse que M. Blandin a pratiquée sur un enfant dernièrement, il s'est bien trouvé de la position verticale du moignon. Pour soutenir cette position sans fatigue, on a fixé, par dessus le bandage ordinaire, un coussinet carré, rempli de balle d'avoine, à la face postérieure du moignon, à l'aide d'une petite bande. Il est remarquable qu'ayant voulu tenir d'abord le moignon dans la position horizontale, il n'y est pas resté, il s'est relevé et a entraîné dans la verticale le petit coussin sur lequel il était posé. La position verticale ayant paru commode, on l'a maintenue, et la guérison s'est opérée sans le moindre défaut. Il est bon d'ajouter, néanmoins, que cette méthode est critiquée par plusieurs chirurgiens. Dans une amputation de cuisse que M. Jobert vient de pratiquer sur une jeune personne, à Saint-Louis, il a choisi de préférence la position horizontale, ainsi que le fait également M. Roux. On voit, par conséquent, qu'on est assez autorisé aujourd'hui à choisir l'une ou l'autre méthode.

Hydrarthrose. Teinture de colchique. — Dans les hydrarthroses au genou, de caractère rhumatismal, M. Velpeau obtient des guérisons très promptes, à l'aide de la compression autour de l'articulation (avec des bandelettes de diachylon), et, intérieurement, de la teinture de colchique à la dose de un à trois grammes (20 à 60 grains) par jour. Ce médicament est donné dans une tisane, et ses effets ne paraissent bien manifestes qu'à partir du moment où il produit des gardes-robes, ce qui a lieu vers le troisième ou quatrième jour. Dès ce moment, l'hydrarthrose décline rapidement. Dernièrement, la guérison a été obtenue en trois ou quatre jours, chez une femme couchée à la Charité. Si cette observation, qui, au reste, n'a rien de neuf, provenait d'une des cliniques de l'école dynamique, on crierait à l'exagération, au système! Nous tenons à l'enregistrer comme fait isolé et nous rejeterons à notre tour l'explication systématique qu'on voudrait lui adjoindre, celle de la prétendue révulsion par le fait des gardes-robes. Puisque l'on méconnaît l'action hyposthénisante élective, à quoi bon avoir recours à un remède qui n'est pas dans la classe des purgatifs? Il est clair que le premier purgatif venu devrait produire les mêmes effets que le colchique, ce qui n'est pas.

Médecine opératoire des tumeurs. — Pour enlever les tumeurs volumineuses solides, telles que lipomes, masses fibreuses, kystes, ganglions, etc., M. Velpeau a adopté un mode opératoire uniforme qui est digne d'attention. Il pratique une simple incision courbe, ellyptique ou semilunaire, plus ou moins allongée, disposée de manière à faire répondre le milieu, ou une des extrémités de la courbe, à l'endroit le plus déclive de la tumeur, et en se conformant d'ailleurs aux données anatomiques de la région et à l'intérêt de la conservation des formes, s'il s'agit d'une région apparente. Ainsi, par exemple, pour enlever, il y a peu de jours, une tumeur fibro-lipomateuse placée entre les omoplates, du volume des deux poings d'un homme adulte, il n'a pratiqué qu'une incision demi-ellyptique sur le côté latéral droit, se contournant en bas jusqu'à la moitié de sa base. Cette incision a permis de disséquer de bas en haut un vaste lambeau courbe, de mettre la tumeur à découvert, de la disséquer aisément, et ce grand lambeau est venu ensuite couvrir la plaie comme un véritable opercule d'une seule pièce. On remplit la cavité de charpie jusqu'à l'époque du bourgeonnement; on accolle alors les parties par greffement secondaire. Ce mode opératoire offre de grands avantages sur les incisions en croix et en T. Non seulement il est commode, expéditif, mais encore il ne laisse qu'une petite cicatrice, peu apparente, car la ligne courbe se raccourcit à la longue, et elle se trouve d'ailleurs latéralisée, ce qui permet souvent de la cacher dans les plis de la région; tandis que les incisions qu'on pratique sur le centre de la tumeur restent toujours plus saillantes et plus visibles.

Fractures de la jambe. — Les fracturés aux jambes, que traite M. Velpeau à la Charité, se promènent dans les salles à l'aide de béquilles, au bout de quelques jours de l'appareil dextriné. Cet appareil est généralement appliqué le lendemain de leur entrée. Quelques malades font remarquer que leur pied se gonfle pendant qu'ils sont levés, mais ce gonflement se dissipe la nuit. Il y a, au reste, une différence notable entre le mode d'application de l'appareil dextriné qu'on suit à la Charité et celui qu'on adopté à l'Hôtel-Dieu pour cette fracture. A l'Hôtel-Dieu, M. Blandin commence par entourer le talon et le coude pied, de deux compresses coupées en croix, dites compresses talonnières, bien chargées de dextrine; puis vient une première bande dextrinée, posée à nu, en doloire, largement, sur la peau, depuis le métatarse jusqu'au delà du genou; ensuite une seconde bande également dextrinée par dessus, dont les tours très rapprochés sont repassés un grand nombre de fois sur le lieu de la fracture. Le membre est cylindrifié par cette bande. Des attèles-tuteurs tiennent enfin le membre suspendu à l'aide de lacs attachés au ciel du lit pendant deux jours jusqu'au desséchement. Les bandes, nous le répétons, sont très chargées d'une solution assez épaisse de dextrine. — M. Velpeau, au contraire, ne se sert que d'une seule bande dextrinée, à peine mouillée de dextrine liquide comme du sirop; cette bande est roulée serrément, afin de ne contenir que le moins possible de dextrine et sécher très promptement. Il emploie d'abord une bande sèche en doloire sur tout le membre, et une simple compresse longuette, sèche, sur le lieu de la fracture; puis une bande dextrinée en doloire, dont les tours s'arrêtent un peu avant la bande sèche aux deux extrémités du membre, afin de prévenir le frottement du bord dur de la bande dextrinée. Il en résulte un appareil très léger, très propre, très peu chargé de dextrine, qui se sèche en trois heures. On pose le membre sur un oreiller couvert d'une feuille de papier pour le sécher; le papier se décolle après. Le tout est assez résistant pour marcher avec des béquilles.

— *Hydrocèle testiculaire.* Dans un cas d'hydrocèle que M. Gerdy venait d'opérer par injection alumineuse (solution saturée de sulfate d'alumine), il s'est formé un abcès en dehors de la vaginale, à la partie inférieure du scrotum, par simple inflammation de voisinage; de telle sorte qu'ayant été largement ouvert, on a eu, pendant quelque temps, la séreuse testiculaire à découvert, distendue par de la lymphe plastique qu'on a vu ensuite disparaître petit à petit, à mesure que l'absorption et les adhérences accidentelles ont effectué la guérison. Cette variété d'abcès extra-testiculaire n'avait pas encore été signalée à l'occasion de l'opération de l'hydrocèle.

— *Hypertrophie du col utérin.* D'après M. Jobert, un moyen simple et sûr de reconnaître le degré de la marche décroissante de l'hypertrophie du col utérin, c'est de se servir d'un spéculum en ivoire sans valves, comme moyen de mensuration. Tant que le col est volumineux, en effet, il ne s'embouche pas dans l'ouverture du cylindre; il y entre, au contraire, et s'y engage plus ou moins aisément à mesure que ses dimensions se rapprochent de l'état normal.

Suppurations anales. — Souvent il arrive qu'à la suite de l'opération de la fistule ou de la fissure à l'anus, il reste, par cette partie, une suppuration interminable qui contrarie, incommode plus ou moins les patients, qui par cela même, se croient alors avoir été mal opérés, mal guéris. Ces suppurations se rattachent ordinairement à un décollement profond de la muqueuse, soit parceque dans les pansements, on n'a pas pris assez de soin pour faire avancer le travail cicatriciel de dedans en dehors, soit qu'une fongosité une végétation profonde les entretienne. On ne trouve pas de trajet fistuleux à l'anus, le pus sort involontairement par le sphincter, dans les intervalles des gardes-robes, ou bien avec les matières stercorales. Cette infirmité s'épuise quelquefois spontanément à la longue, sous l'influence de simples lotions de propreté ou légèrement médicamenteuses; mais le plus souvent elle se perpétue indéfiniment. Le toucher n'y apprend pas grand' chose ordinairement; les petits spéculum n'y apprennent pas davantage; leur emploi est incommode et ne met pas d'ailleurs le mal dans les conditions d'être attaqué immédiatement. M. Robert vient d'employer à cet effet, chez deux malades, le *speculum ani* de Sanson, perfectionné par le docteur Barthélemy, et dont l'usage est des

plus commodes. Ce petit instrument a permi de mettre complétement le mal à découvert, sans beaucoup de douleur, et de le détruire *in situ*, à l'aide de la pâte de Vienne solidifiée. Le spéculum dont il s'agit est digne de prendre place dans l'armementarium ordinaire des chirurgiens, il sert dans la plupart des maladies du rectum; il est à peine plus gros que le doigt indicateur d'un homme adulte, se termine par un bout arrondi et aplati comme un doigt; il se compose de deux valves applaties qui roulent sur une charnière, mettent la partie malade en évidence, et permettent en même temps de l'attaquer, l'instrument restant en place comme dans les maladies de la matrice. On prévoit déjà la possibilité de porter, au moyen de cet instrument, un bouton de feu dans le rectum pour atteindre certaines végétations, pour arrêter une hémorrhagie, après l'excision des hémorroïdes, etc.

Coxalgie. — Dans un cas de coxalgie grave, excessivement douloureuse, avec rétraction de la cuisse et menace de luxation spontanée chez une jeune fille de 18 ans, M. Robert a obtenu, avec une promptitude étonnante, la cessation des douleurs et le relâchement des muscles fémoro-pelviens, à l'aide de deux applications de fer rouge. Il a, à l'exemple des vétérinaires, promené un cautère nummulaire par l'un de ses bords, de manière à faire des raies de 12 à 13 centimètres de longueur chaque, d'abord à la partie interne et supérieure de la cuisse, au nombre de cinq ou six, dirigés de haut en bas, parallèlement entre eux; ensuite en avant, puis en dehors, toujours dans la périphérie de l'articulation. En tout une douzaine de rayons, en deux séances, qu'on a laissés suppurer. L'amélioration a été des plus remarquables, la malade a pu allonger le membre et elle passe maintenant de bonnes nuits; mais elle est loin encore d'être guérie. On voit déjà que ce remède n'est pas à dédaigner. M. Velpeau l'emploie aussi avec avantage dans les tumeurs blanches du genou, susceptibles de résolution.

BULLETIN OPHTHALMOLOGIQUE

DES HOPITAUX.

Excision de la caroncule lacrymale (M. Blandin). — Un jeune homme s'est présenté à la consultation de l'Hôtel-Dieu pour être débarrassé d'une petite tumeur, du volume d'une groseille rouge, à l'angle interne de l'œil gauche. Cette tumeur était évidemment formée par la caroncule lacrymale elle-même, hypertrophiée et enflammée; elle était saillante, pointue comme une petite cerise, et ressemblait assez exactement au fongus propre au méat urinaire chez la femme; elle produisait d'ailleurs de la douleur, un larmoiement et une difformité assez désagréable. M. Blandin l'a embroché à la base à l'aide d'un ténaculum ordinaire à trousse (instrument précieux dans une foule d'opérations oculaires), et il l'a excisée au moyen de quelques coups de ciseaux courbes. Il s'est écoulé une assez grande quantité de sang.

— On rencontre rarement cette affection. C'est le second cas de ce genre que nous voyons dans l'espace de cinq à six ans. Le premier, comme celui-ci, s'est présenté aussi chez un jeune homme. Nous ne sachons pas que cette altération particulière à la caroncule ait été décrite. On pourrait peut-être l'assimiler, quant à sa nature, à l'hypertrophie des amygdales. On ne la confondra pas, au reste, avec la *caronculite* de quelques auteurs, ni avec l'encanthis ordinaire. C'est bien un encanthis à la rigueur, si l'on veut; mais il serait difficile de dire d'avance ce que cette tumeur deviendrait plus tard, si elle suivrait la marche et les terminaisons des végétations malignes de la caroncule. Quoi qu'il en soit, on peut se demander si le mal ne pourrait pas guérir à l'aide de la cautérisation répétée au nitrate d'argent, et si l'excision complète de la caroncule n'entraîne pas quelques inconvénients. D'après les idées reçues sur le rôle que ce corps crypteux joue dans les fonctions du syphon lacrymal, il devrait s'en suivre une épiphora incurable. L'expérience cependant n'a pas complétement confirmé ces prévisions dans quelques cas où la caroncule avait été enlevée. Néanmoins, il serait prudent de ne pas l'exciser en totalité, à moins d'y être forcé par la nature de la maladie. Rappelons enfin que le volume de la caroncule est naturellement variable; elle est très petite chez les uns, assez développée chez les autres, sans qu'il en résulte d'inconvénient On comprend, au reste, son importance dans l'angle de l'œil, puisque, indépendemment de son rôle comme ornement, elle sert de digue au lac lacrymal.

TOXICOLOGIE.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LE MERCURE;

Par MM. Danger et Flandin.

(*Mémoire lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 7 avril 1845.*)

I. L'accueil favorable que l'Académie a bien voulu faire à nos premières recherches sur les poisons métalliques nous a mis dans l'obligation de les poursuivre, et, autant qu'il dépendra de nous, de les compléter. Déjà, dans plusieurs mémoires, nous avons traité successivement de l'empoisonnement par l'arsenic, par l'antimoine, par le cuivre, par le plomb et, en général, par les métaux fixes. Pour clore la liste des poisons dits métalliques, il nous reste à parler du mercure: ce sera l'objet de la présente communication.

II. Il est à peine nécessaire de le rappeler : dans la classe des métaux, le mercure est, après ou plutôt avec l'arsenic, l'élément toxique le plus dangereux qui puisse tomber en des mains criminelles. L'un de ses composés, le deutochlorure ou sublimé-corrosif, a porté, pendant un temps, le nom de *poudre de succession*. C'était un des poisons de la Brinvilliers et le principal parmi ceux que l'on trouva dans la fameuse cassette de Ste-Croix, dont s'empara le gouvernement. En 1615, ce fut par ce poison que le comte et la comtesse de Sommerset firent périr sir Thomas Overburg, enfermé dans la tour de Londres. Les meurtriers essayèrent successivement sur la victime l'eau-forte, l'arsenic, la poudre de diamant, la pierre caustique, de grandes araignées et les cantharides; le sublimé-corrossif administré en lavement amena la mort en moins de vingt-quatre heures (V. The history of England, by David Home, Basil and Paris, 1789.

Vol. VIII, p. 84 et suiv. — Elements of medical jurisprudence, by Romein Beck, sixth edition; London, 1838, p. 766). — Il y a lieu de croire que le sublimé-corrossif a été connu des anciens et préparé particulièrement par la femme trop célèbre qui avait fait association de crimes avec Néron, et qui distillait des poisons dans le palais impérial. Ce composé et un grand nombre d'autres préparations mercurielles sont d'un emploi fréquent en médecine : entre des mains peu habiles, de tels remèdes ne sont pas sans danger, témoin les faits rapportés par Pibrac, par Plenck, par Frédérich Hoffmann, auxquels on pourrait en ajouter d'autres qui n'ont pas reçu autant de publicité. Dans l'industrie et dans les arts, le mercure, par ses émanations, est fatal tout à la fois aux mineurs qui l'exploitent et aux ouvriers de toute classe qui le manient sans prudence. Sous le triple rapport de la médecine légale, de la thérapeutique et de l'hygiène publique, l'étude de ce corps et de ses composés offre donc un puissant intérêt, et elle ne peut manquer de conduire à des applications utiles. Sans perdre de vue les questions de physiologie et de thérapeutique, nous devons dire que, jusqu'à ce jour, nos recherches ont eu plus particulièrement pour objet les intérêts de la médecine légale.

III. Dans cette direction, les travaux n'ont pas manqué à la science. On a eu trop souvent l'occasion d'étudier sur l'homme et jusqu'après la mort les effets thérapeutiques des préparations mercurielles, pour qu'on n'ait pas cherché à faire profiter la médecine légale des lumières recueillies par la médecine clinique. De très anciens auteurs, Celse entre autres, ont dit avoir rencontré sur des cadavres le mercure à l'état de métal, soit dans les os, soit dans les parties molles(1). Un physiologiste allemand, M. Osterten, vient d'annoncer qu'à la suite d'empoisonnements produits sur les animaux, au moyen de l'onguent napolitain, il était parvenu à constater nettement, à l'aide du microscope, la présence de globules de mercure dans le parenchyme de divers organes et principalement dans le sang de la veine-porte et celui de la veine-cave inférieure (V. Annales de thérapeutique et de toxicologie, 2e année, no d'octobre 1844, p. 274). Un membre de cette Académie, M. le professeur Duméril, a naguère affirmé que « sur le nombre d'environ deux mille cadavres disséqués ou ouverts par lui ou sous ses yeux, il avait rencontré huit ou dix fois des globules mercuriels dans diverses parties du corps. » (Devergie, ouvrage cité, tome 3 p. 386.) A de si graves assertions et si nettement formulées, on a opposé de nos jours une incrédulité systématique; mais si d'une part Mayer et Marabelli n'ont pas trouvé de mercure dans les principaux solides ou fluides d'individus morts à la suite de traitements mercuriels(Christison, A treatise on poisons, p. 366. Devergie, ouvr. cit., p. 388); si de l'autre Christison n'a pu découvrir ce métal dans le sang et les viscères de lapins empoisonnés par le sublimé-corrosif (Devergie, t. 3, p. 386); si enfin, en 1836, M. Devergie n'a obtenu que des résultats négatifs en analysant le sang, la salive et les urines de malades soumis, à l'hôpital du Midi, aux traitements mercuriels les plus énergiques (Devergie, t. 3, p. 387), ce n'est pas, il nous semble, une raison suffisante pour ne tenir aucun compte de faits recueillis par des observateurs plus heureux, et surtout pour refuser toute valeur à des analyses dont les résultats sont attestés par Zelles, Buchner, Schubert, Tiedmann, Guidelin et M. Cantu (Christison, et Devergie, t. 3, p. 187). En physiologie, l'exception est assez souvent près de la règle, et dans le domaine en quelque sorte sans limites des faits cliniques, un seul homme ne peut pas avoir tout vu. Faire table rase du passé, ce n'est jamais enrichir la science et c'est quelquefois l'appauvrir.

IV. Pour être historien exact, il faut reconnaître que l'idée première de l'absorption des médicaments et des poisons n'appartient pas aux modernes. Cette idée est, pour ainsi dire, aussi ancienne que la médecine, et l'on en trouve des traces notamment dans Galien. En second lieu, pour qui l'ignore et l'a contesté, il faut ajouter que des savants modestes, qui n'ont pas fait autant de bruit que nous de ces découvertes, Wibmer, Lebkuckner, Gmelin, Tiedmann, Jourda, Buchner, Schubart, etc., avaient établi avant nous, par des analyses chimiques, que le cuivre, le plomb, le mercure, l'iode, etc., pénètrent par absorption dans l'organisme, d'où ils sont rejetés par l'appareil rénal en particulier. Ce dont pourrait seulement se glorifier le présent, c'est de l'application plus directe à la médecine légale de principes ou de faits acquis depuis longtemps à la physiologie. Dans cette voie d'applications utiles, l'histoire impartiale dira ce qui revient à chacun; mais certainement elle n'attribuera pas à un seul ce qui est l'œuvre de tous, ou du moins de plusieurs; l'histoire est clairvoyante, elle n'a ni les passions d'un homme ni celles d'un journal!....

V. En ce qui concerne l'étude du mercure considéré comme poison, le seul progrès dû à notre époque, c'est la découverte et l'emploi de la pile de Smithson. On sait quels sont les éléments de ce petit appareil : une lame d'étain recouverte par une lame d'or développée en spirale. L'étain constitue l'élément électro-négatif, et l'or l'élément électro-positif. Plongé dans une dissolution contenant du mercure, cette pile en sépare l'élément métallique qui se porte sur l'or et le blanchit. Il suffit ultérieurement de volatiliser le métal dans un petit tube pour l'obtenir à l'état de globule liquide tout à fait caractéristique.

VI. A l'époque où l'auteur le fit connaître, ce petit appareil parut devoir être pour la recherche du mercure, dans les cas de médecine légale, ce que fut depuis l'appareil de Marsh pour la recherche de l'arsenic. Rapprochements singuliers; l'une et l'autre découverte nous vient d'Angleterre; et en France, l'emploi de l'un et de l'autre instrument faillit être

(1). Cel. Cœls. l. c., p. 43. Parmi les médecins qui ont recueilli des faits semblables, on cite particulièrement Antonius Gallus, Gabrielle Pallope, Antonius Musa, Brassavola, Fernel, Alexandre Trajanus, Petronius, Zainger, Renodœus, Garner, Schenkiws, Bonet, Pickel, Fontanus, Rhodius, Hochstalhr, A. Moulin, Honorius, Vieussens Wolhouse, Mead, Fourcroy, Bruckmann, Brodbelt, Autenrieth, etc.; Devergie, médecine légale, 2e édit.; Paris, 1840, t. 3, p. 1840. Christison, A Treatise on poisons 3e édition, Edinbourg, MDCCXXXVI, p. 364. A ce sujet, voici ce que dit Plenck. « Luctuosissima exempla mortis ab inunctione mercuriali inducta apud aucthores prostant. Quandoque mercurius per inunctionem corpus ingressus in majores globulos coit, et in ossium cellulosis recessibus, nec non in aliis corporis partibus sub nativa forma sua reperitur. » Josephi Jacobi Plenck, Toxicologia, sun doctrina de Venenis et antidotis, editio secunda: Vienne, 1801, p. 250),

la source des erreurs les plus graves. On n'a pas oublié que l'appareil de Marsh fit découvrir de l'arsenic dans le corps humain à l'état normal. De même, aux premiers essais que l'on fit parmi nous de la pile de Smithson, on vit du mercure là où il n'en existait pas. Un homme, qui voulait se réserver la propriété de son remède, avait proposé, pour la cure des maladies syphilitiques, un rob dans lequel n'entrait, disait-il, aucune préparation mercurielle. Deux chimistes firent l'analyse de ce rob. Pour y rechercher le mercure, ils se servirent de la pile de Smithson. Quel ne fut pas leur étonnement, disons leur triomphe, pour être fidèles aux traditions du temps, quand, à l'aide de cet instrument si délicat, ils crurent avoir dévoilé la fraude d'un charlatan, et qu'ils proclamèrent que le prétendu spécifique végétal contenait du mercure! On ne pouvait élever aucun doute sur la valeur de l'analyse : au contact de la liqueur de composition mystérieuse, la lame d'or de la pile avait blanchi. L'inventeur du rob avait beau protester que la liqueur ne contenait ni mercure ni aucun autre élément métallique, sa parole n'obtenait aucun crédit. Cependant on finit par le découvrir : ce n'était pas par du mercure que la lame d'or avait été blanchie, mais par de l'étain provenant de l'élément électro-négatif de la pile elle-même. Dès lors fut donné le précepte de ne pas s'en tenir au changement de couleur de la lame d'or, pour prononcer sur l'existence du mercure, mais d'exiger, sous forme de globule, la réduction du métal dans un tube. La leçon aurait dû n'être jamais oubliée.

VII. Par l'examen comparatif ces réactions propres à déceler le mercure dans ses dissolutions, nous nous sommes assurés que l'action galvanique ou galvanoplastique était la plus sensible. Il nous a été permis, à l'aide de cette réaction, de constater l'existence du mercure dans une solution titrée au centmilliéme : c'est la limite que nous nous sommes imposée dans nos recherches précédentes. Nous sommes heureux qu'il n'y ait point d'exception à faire à l'égard d'un métal qui, non seulement est un poison redoutable, mais qui, sous diverses formes, est un médicament précieux et très fréquemment employé?

VIII. Ce n'est pas l'appareil galvanique, tel que l'a imaginé Smithson, qui nous a servi dans nos recherches : nous n'en avons conservé que le principe. Pour les recherches toxicologiques, cet ingénieux instrument aurait eu des inconvénients que nous avons voulu éviter. On a vu que l'élément électro-négatif, l'étain, pourrait, en se dissolvant dans le liquide d'expérience, blanchir la lame d'or : cette coloration perfide serait propre à en imposer à des experts. En second lieu, la pile de Smithson est plongée tout entière dans la liqueur d'épreuve ; elle doit y séjourner durant longtemps; ne peut-on pas avoir à redouter l'impureté de l'étain, métal que l'on n'affine pas comme l'or dont nous allons nous servir exclusivement.

IX. Voici l'appareil que nous proposons de substituer à celui du chimiste anglais. Un vase sert de récipient au liquide d'épreuve ; sur un support d'un mécanisme particulier est adapté une sorte d'entonnoir terminé par un tube effilé dont l'aire est presque capillaire. Ce tube d'ajoutage forme avec le corps de l'entonnoir un angle de 90 degrés. Le vase rempli de liquide suspect est renversé dans le petit entonnoir. Au moyen d'une articulation du support, on peut donner à l'appareil en place telle inclinaison que l'on juge convenable pour l'écoulement du liquide. Dans la partie évasée de l'entonnoir est placé le conducteur électro-négatif d'une pile à un seul couple de Bunsen, et dans l'aire du tube capillaire est introduit le conducteur électro-positif. L'un et l'autre fil, dans la partie du moins qui touche au liquide, doit être en or pur. Les deux pôles seront rapprochés presque jusqu'au contact. Par suite de l'excès de pression sur l'ouverture capillaire du tube, le liquide prend son écoulement goutte à goutte, et on le reçoit dans une capsule. Le vase remplissant le rôle du vase de Mariotte ou d'une fontaine intermittente, la pression reste constante sur le liquide, et l'écoulement est régulier. Cet écoulement peut être accéléré ou ralenti au gré de l'opérateur par le degré d'inclinaison donné à l'appareil : il nous a paru que, dans les cas ordinaires, il devait être réglé de manière qu'en tombant chaque goutte de liquide marquât un intervalle de cinq secondes. La pile mise en activité, un dégagement de gaz plus ou moins abondant s'opère aux pôles, indice de l'intensité du courant, et le mercure de la dissolution se dépose sur le fil d'or électro-positif et le blanchit. Pour s'assurer que cette coloration est due au mercure, il ne reste qu'à volatiliser le métal dans un petit tube de réduction au moyen de la lampe à émailleur.

X. Certains, avec cet appareil, de découvrir les plus faibles traces de mercure que la chimie puisse reconnaître, il nous restait, pour atteindre le but que nous nous étions proposé, à trouver un procédé propre à séparer le mercure des matières organiques, à l'en isoler autant que possible sans perte. La tâche était peut-être difficile. Tous les composés mercuriels et le métal lui-même sont des corps volatilles à des températures assez élevées. Comment détruire la matière organique par le feu sans donner lieu au départ du poison cherché? Fallait-il employer la distillation? C'est une opération lente, délicate et qui exige des appareils compliqués. D'un autre côté, comment brûler à vase découvert des matières animales sans élever la température au delà du degré où le mercure et ses composés se volatilisent? Les toxicologistes avaient bien déjà proposé diverses méthodes de carbonisation ou de combustion ; mais aucune d'elles, que nous sachions, n'avait encore subi les épreuves décisives de l'expérience, et dans la pratique on ne leur avait pas accordé une confiance telle qu'on pût se flatter, dans un cas d'empoisonnement, de pouvoir retrouver le mercure, comme on retrouve l'arsenic, le cuivre ou tout autre métal, et, pour nous, tel était le résultat qu'il fallait atteindre.

XI. L'Académie a bien voulu donner son approbation au procédé de carbonisation par l'acide sulfurique que nous avons proposé, et ce procédé est généralement pratiqué aujourd'hui dans les expertises médico-légales. Il nous fallait faire nos efforts pour l'appliquer à la recherche du mercure. Nous y sommes parvenus sans qu'il soit besoin, ainsi que nous l'avions cru d'abord, d'avoir recours à la distillation, c'est-à-dire à une opération d'une application assez difficile dans les épreuves quelquefois si décisives de la toxicologie.

XII. Voici le procédé qu'à la suite de nombreux essais nous avons fini par adopter : nous liquéfions à la température de 100 degrés environ les matières animales par le tiers ou la moitié de leur poids d'acide sulfurique monohydraté, selon la méthode ordinaire. Cette liquéfaction opérée, ce qui n'exige qu'une heure et demie à deux heures au plus, nous retirons la capsule du feu et lui laissons subir un certain degré de refroidissement. Alors, après avoir placé le vase au dessous d'une cheminée d'un bon tirage pour garantir l'opérateur contre le dégagement des gaz, nous versons par fragments dans le liquide noir de la carbonisation du chlorure de chaux saturé, en agitant le mélange avec une spatule au fur et à mesure que la matière s'épaissit en blanchissant, on y ajoute de l'eau distillée qui favorise l'action du chlore, et l'on ne s'arrête dans cette manipulation que lorsqu'on a jugé à l'œil que le liquide à séparer par le filtre est presque incolore. La quantité de chlorure de chaux à employer sera toujours à très peu près dans le rapport de la quantité d'acide sulfurique nécessaire à la parfaite liquéfaction des matières. Pour 100 grammes de foie, en raison de la bile et des graisses que contient cet organe, il faut quelquefois jusqu'à 50 gramm. d'acide sulfurique et 50 gm. de chlorure de chaux; mais on est rarement obligé de dépasser cette proportion. La matière blanchie et amenée à l'aspect d'une terre calcaire, on l'humecte intimement à froid avec de l'alcool absolu pour être plus sûr d'atteindre le composé mercuriel; on l'étend d'eau et l'on filtre en lavant le précipité à diverses reprises. Si le liquide est trop abondant, on le concentre par évaporation, après quoi on le soumet dans l'appareil décrit, à l'action d'un courant galvanique. Il nous a été démontré par l'expérience que le courant voltaïque favorisait la précipitation du mercure sur le fil d'or, et que, dans tous les cas au moins, elle avait l'avantage d'accélérer une opération qui, sans le concours de cette action, exigerait peut-être beaucoup de temps pour s'accomplir

VIII. Le métal obtenu sur le conducteur électro-positif de la pile, il faut, pour enlever toute matière grasse, laver le fil d'or dans de l'éther ou l'alcool bouillant, et le sécher avant de l'introduire dans le tube à réduction. Celui-ci devra être préparé et soufflé avec les précautions requises pour éviter l'humidité qui pourrait souiller le globule de mercure quelquefois extrêmement petit qu'il s'agit de rendre sensible aux yeux.

XIV. Ce procédé a déjà subi les épreuves propres à nous faire juger de sa valeur dans les cas d'empoisonnement. Il ne nous a fallu que 100 grammes du foie d'un animal empoisonné par le sublimé pour en retirer du mercure en quantité appréciable. Désormais donc il ne sera pas plus difficile de suivre les traces d'un crime commis avec la *poudre de succession* ou le sublimé corrosif que celles d'un empoisonnement par l'acide arsénieux, ou tout autre composé métallique. C'était le résultat que nous étions pressés d'annoncer à l'Académie; dans un prochain mémoire, nous reprendrons devant elle les questions qui se rapportent à l'étude du mercure considéré comme médicament.

La créosote. — Il résulte d'un travail expérimental, que vient de publier un médecin italien, M. Lussana, que le principe toxique des viandes fumées, qui ont subi une altération, est la créosote, qu'elles ont absorbées pendant leur exposition à la fumée. Nous donnerons en entier ce remarquable travail.

REVUE GÉNÉRALE.

Considérations générales sur la médication quinique, *appliquée au rhumatisme articulaire aigu; par M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu annexe, agrégé à la Faculté de médecine* (1). — Les observations, au nombre de vingt-quatre, que j'ai publiées, me semblent avoir mis deux faits hors de doute : l'un c'est l'action sédative, hyposthénisante, du sulfate de quinine; l'autre, l'influence favorable de ce médicament sur les phénomènes et la durée du rhumatisme articulaire aigu. Dans les considérations qui vont suivre, je présenterai, d'une manière générale, le résultat de cette médication, et j'essaierai d'en déterminer la valeur. Il faut d'abord préciser les cas dans lesquels le sulfate de quinine s'est montré efficace, et indiquer ceux contre lesquels il a plus ou moins complétement échoué. Le rhumatisme aigu, fébrile et poly-articulaire, *la pyrexie rhumatismale*, en un mot, est le champ de triomphe de ce médicament. Quant au rhumatisme mono-articulaire localisé, à l'arthrite du genou, notamment à l'arthrite blénorrhagique; et enfin aux arthralgies rhumatismales peu ou pas fébriles, tous ces cas sont plus ou moins récalcitrants à la médication. Si quelquefois la maladie paraît fléchir, le mieux n'est, sauf de rares exceptions, que momentané; il arrive même que l'*arthrite* localisée passe à l'état chronique et devient l'origine d'une tumeur blanche. C'est une observation qui a été faite également par M. Monneret. La question est donc limitée au rhumatisme aigu, poly-articulaire. C'est, d'ailleurs, ce qu'avait indiqué Giannini, qui attribue au quinquina d'autant plus d'efficacité que la maladie est aiguë et inflammatoire (2). Pour bien apprécier l'action du sel quinique dans le traitement du rhumatisme, nous diviserons ses effets en : 1° primitifs ou locaux; 2° secondaires ou physiologiques; 3° tertiaires ou thérapeutiques.

Effets primitifs ou locaux. Administré en substance, et sous une enveloppe de pain azyme ou autre, le sulfate de quinine est ingéré sans aucun désagrément pour le malade;

---

(1) Nous avons déjà donné un long extrait des observations de M. Legroux sur le sulfate de quinine. L'article d'aujourd'hui en est comme le résumé général; nous le reproduisons intégralement avec l'autorisation de l'auteur.

(2) Tout en accordant à M. Briquet le mérite d'avoir introduit en France le sulfate de quinine dans la thérapeutique du rhumatisme, nous devons reconnaître que le quinquina avait été depuis longtemps préconisé contre cette maladie par différents auteurs, parmi lesquels on compte Fothergill, Whytt, Sydenham, Morton, Highart, Giannini. Nous ajouterons que, dans la thérapeutique italienne, le quinquina est rangé parmi les hyposthénisants *cardiaco-vasculaires*. (Giacomini, Mat. méd.) (N. de l'auteur.) — Nous avons cité nous-mêmes, dans le temps, le cas d'un rhumatisme articulaire qui avait régné épidémiquement à Gênes et que M. Mojon avait traité avec succès à l'aide de sulfate de quinine. Ce fait se trouve imprimé depuis une vingtaine d'années. (N. du Réd. des Ann. de Thér.)

tandis qu'en solution, son amertume insupportable provoque facilement le dégoût et des vomissements. L'estomac est généralement peu troublé par la présence de ce médicament. Quelques malades ont éprouvé un ou deux vomissements; mais aucun signe d'irritation antérieure ne s'est manifesté du côté de cet organe; dans un cas même, une irritation antérieure s'est éteinte pendant la médication. Ajoutons qu'un sentiment de pesanteur derrière le sternum, une sorte d'étouffement s'est montré chez quelques malades; à peine si nous avions eu à noter de légères coliques, tous accidents de faible intensité et momentanés. Un phénomène assez constant pendant la médication, c'est la constipation, également indiquée par M. Monneret, qui signale la constipation comme *plus fréquente que la diarrhée:* ce qui permet de croire que la diarrhée a néanmoins été assez fréquente chez ses malades, mais sous l'influence de doses élevées; tandis que sous l'influence de doses moyennes, elle n'a été qu'accidentelle. D'après cela, on peut admettre que le sulfate de quinine, assez souvent purgatif à haute dose, exerce plus souvent encore, même à ces doses, et à peu près constamment à doses moyennes, une action astringente sur la muqueuse digestive.

Effets secondaires ou physiologiques. Je désigne ainsi les phénomènes qui surviennent quand le sulfate de quinine, introduit dans la circulation, est mis en rapport avec les molécules organiques. Ces phénomènes sont: du côté du cerveau, des bourdonnements ou sifflements d'oreille, de la somnolence, des rêvasseries fantastiques, une sorte de vertige ébrieux, et au bout de quelques jours, ou même dès le premier, de la surdité, la dilatation des pupilles; phénomènes légers, en général passagers, et assez variables sur les différents malades. Le plus constant est le sifflement d'oreille. Des notes exactes n'ont pas été recueillies sur le moment de leur apparition et sur leur durée. Mais si ma mémoire est fidèle, et sous ce rapport elle concorde avec le peu de détails qui existent sur ce point dans mes observations, c'est ordinairement vers le soir, c'est-à-dire quatre à six heure après l'ingestion des premières doses, que paraissent ces troubles *physiologiques*. Je me sers de ce mot à dessein, et par opposition au mot *toxique*, employé pour désigner les effets du sulfate de quinine à haute dose, et qui, en effet, ont été malheureusement toxiques dans plusieurs cas. Le système circulatoire est aussi *directement* influencé par le sulfate de quinine. Mes observations ne sont pas assez précises ni assez détaillées sur ce point, pour que je hasarde des conclusions générales. Je dirai seulement que, sur plusieurs malades, il a été noté, vers le soir, une accélération du pouls. Etait-ce un effet du sulfate de quinine, ou bien le paroxisme du soir? Je ne sais. Le ralentissement de la circulation est un effet plus éloigné, complexe, et que je range parmi les effets tertiaires, bien, cependant, qu'il ait existé dès les premiers instants chez des malades soumis à des doses plus élevées. Plusieurs malades ont paru éprouver une augmentation notable de la sueur pendant la médication. Le sulfate de quinine est promptement éliminé par les reins. Nous en avons toujours constaté la présence dans l'urine, rarement après quatre heures, le plus souvent après six ou huit heures de l'ingestion des premières doses. Nous l'avons encore retrouvé quarante heures après la cessation de la médication.

Effets tertiaires ou thérapeutiques. Sous cette dénomination, je comprends les changements plus ou moins profonds qui surviennent dans l'organisme, et dont la cause n'est plus *une impression* passagère, mais une modification permanente des solides et des liquides.

Le système nerveux n'offre pas ordinairement des symptômes différents de ceux qui ont été précédemment signalés. Nous y ajouterons cependant une sorte d'hébétude et de stupeur typhoïde, observées chez deux ou trois malades, après plusieurs jours de médication. *Le système sanguin* est celui qui présente les plus notables modifications. Les battements du cœur perdent rapidement de leur force et de leur intensité. Cette sédation peut bien dépendre, en partie, de l'action directe du sulfate de quinine; mais en la plaçant parmi *les effets physiologiques,* nous ne pouvons nous dispenser de reconnaître qu'elle n'est point immédiate, et qu'elle s'accompagne d'autres modifications fonctionnelles, qui la font rentrer dans les effets thérapeutiques. Le ralentissement du pouls survient assez rapidement; il diminue chaque jour de plusieurs pulsations; de huit à dix assez régulièrement chez plusieurs malades. Dans l'espace de quelques jours, il est rendu à sa fréquence normale, la guérison est presque toujours complète alors. Neuf fois sur vingt-quatre, le pouls s'est abaissé au dessous de sa fréquence ordinaire; et il est descendu de 56 à 36 pulsations par minute; terme moyen, 46. Ce ralentissement extraordinaire du pouls n'arrive qu'à la fin de la médication, et quelquefois même après sa cessation. Ce qui prouve que l'action du sulfate de quinine se prolonge encore quelque temps après qu'il a été suspendu. Il a, d'ailleurs, cela de commun avec d'autres médicaments, et notamment avec la digitale, dont nous avons vu l'effet sédatif, remplacé par une réaction fébrile que provoquait une phlegmasie intercurrente, se reproduire après la cessation et alors que la digitale n'avait point été reprise. La durée de cette dépression vasculaire est toutefois moins longue pour le sel quinique que pour cette dernière substance. Nous avons, en effet, vu rarement le pouls rester au dessous de la fréquence normale plus d'un, deux ou trois jours après la cessation de la médication. C'est à peu près le temps nécessaire pour que l'on ne puisse plus constater la présence du médicament dans l'urine. Toutefois, alors, le pouls ne remonte pas au delà de son type ordinaire. Quelle est la cause de ce ralentissement du pouls? Cette cause me paraît complexe; d'abord, il faut tenir compte du repos auquel les malades sont soumis, et qui, seul, abaisse généralement un peu le mouvement fébrile. Il faut ensuite prendre en considération les modifications que le sang éprouve dans sa constitution. Enfin, il me semble que l'on ne peut refuser au sulfate de quinine une action directement *hyposthénisante* sur le cœur, action qui, portée jusqu'à ses dernières limites par des doses élevées du médicament, pourrait frapper le cœur d'une stupeur mortelle.

Cependant M. Monneret (*loc. cit.*), après avoir constaté le ralentissement du pouls pendant la médication (il ne dit pas s'il s'est quelquefois abaissé au dessous de la fréquence normale), prétend s'être assuré que le ralentissement du pouls coïncidait avec la diminution et la disparition des douleurs; et qu'aussitôt que

celles-ci reparaissent, le pouls reprenait plus de fréquence. Il semble, d'après cela, subordonner la fréquence du pouls à l'intensité de la douleur ; il n'accorde pas de propriété *hyposthénisante* au sulfate de quinine ; cette opinion ne me semble pas fondée sur une juste appréciation des faits. Sans doute cet observateur a constaté, dans les cas qu'il a sous les yeux, des rapports directs entre la douleur et la fièvre; mais y avait-il liaison intime entre ces deux phénomènes? Je ne le pense pas et voici mes objections.

L'intensité, l'acuité de la fièvre rhumatismale est loin d'être toujours en rapport direct avec l'acuité de la douleur. Dans des rhumatismes généraux, avec douleurs cruelles, gonflements articulaires, le pouls large et plein ne s'élève quelquefois pas au dessus de 80 à 100 pulsations par minute, tandis que, dans des cas moyens ou même légers, le pouls s'élève quelquefois de 100 à 120 pulsations par minute. Ne voyons-nous pas d'ailleurs assez souvent, dans le cours d'un rhumatisme, les congestions articulaires disparaître plus ou moins complétement et la fièvre persister, annonçant de prochaines et nouvelles fluxions articulaires? Il y a aussi une circonstance dont il faut tenir compte dans l'appréciation des causes de la fièvre dans le rhumatisme, c'est la facilité avec laquelle le cœur devient le siége de la fluxion rhumatique. Enfin, les arthralgies rhumatismales les plus violentes, celles de l'épaule ou de la hanche ne s'accompagnent quelquefois pas de fièvre. De ces considérations, je conclus que la fièvre n'est pas directement sous la dépendance de la douleur, et qu'elle ne mesure pas exactement l'intensité du rhumatisme.

Outre le ralentissement du pouls, nous avons aussi constaté souvent son rétrécissement. Un pouls, large et plein avant la médication, s'atrophiait au point de ne plus offrir sous le doigt que le volume d'une plume de corbeau ; quelquefois il y a eu des inégalités, des intermittences. Conjointement avec la sédation du pouls, nous avons observé l'abaissement de la température de la peau, qui, au toucher, semblait plus fraîche que dans l'état de santé. On se rappelle les analyses du sang, certainement encore imparfaites, qui ont été rapportées précédemment. Depuis, aidé par MM. Larippe et Caucal, j'en ai fait trois autres ; toutes ont eu pour résultat, après quelques jours de traitement, un abaissement notable de la fibrine, qui s'élevait toujours, avant le traitement, de 8 à 12 millièmes; et, par contre, une augmentation des globules, vraiment extraordinaire, surtout dans un cas où, s'il n'y a pas eu erreur, ils auraient été portés graduellement à près de 0,200. Ces analyses auraient besoin d'être reprises de nouveau et dans diverses conditions. Toutefois, acceptant les faits tels qu'ils sont et avec réserve, nous pouvons, sauf rectification, admettre que, sous l'influence de la médication quinique, il s'opère une défibrination du sang, tandis que l'élément globulaire suit une progression inverse.

Peut-on trouver dans cette double circonstance la cause de l'état typhique, si commun chez les rhumatisants traités par de hautes doses de sulfate de quinine, et que nous avons vu poindre chez quelques-uns de nos malades? Et celle des épistaxis qui ont été signalées comme effets de la médication à doses élevées, que nous avons aussi constatées sous l'influence des doses moyennes? A cela je répondrai que, dans aucune de nos analyses, nous n'avons vu la fibrine, même après guérison, s'abaisser à son chiffre normal, tandis que dans les affections typhoïdes elle est toujours au dessous, ou, du moins, ne s'élève pas au dessus, à moins de complication. Mais il faut remarquer, tout en tenant compte de l'action dynamique du médicament, que la rupture assez prompte dans l'équilibre des éléments du sang, pendant la diathèse phlogistique, peut bien avoir une influence analogue à celle qui survient dans les conditions d'équilibre à l'état normal. En dernière analyse, on pourrait expliquer l'état typhique par la défibrination *relative;* et les hémorrhagies par l'augmentation des globules, si tant est que la prédominance des globules soit la vraie cause de l'écoulement sanguin. Il est impossible de dire, quant à présent, si ces modifications du sang sont sous la dépendance directe du sulfate de quinine, ou bien si elles ne sont qu'un effet des modifications générale que la médication a introduites dans l'économie ; mais ce qui ne semble pas pouvoir être contesté, c'est que cette médication s'adresse directement ou indirectement à *la cause principale de la diathèse*, à la surabondance de la fibrine. Nous avons vu que, même dans les dernières saignées faites après guérison, la fibrine restait encore au dessus de son chiffre normal. Cela expliquerait jusqu'à certain point la tendance aux récidives qu'à signalée M. Monneret (Mém. cité), que nous avons toutefois constatée moins souvent que lui. Nos résultats analytiques sont en opposition avec ceux que M. Briquet m'a dit avoir obtenus sur des chiens, chez qui il aurait constamment observé une proportion croissante de fibrine sous l'influence du sulfate de quinine; cette discordance appelle de nouvelles expériences ; je me bornerai seulement à faire observer que, d'un côté, il s'agit de sang de chiens bien portants; et, de l'autre, de sang humain dans des cas de diathèse rhumatismale.

Les fluxions articulaires sont généralement, sauf quelques exceptions, peu modifiées le premier jour ; le soulagement s'est quelquefois manifesté, cependant, dès les premières doses; ordinairement, c'est le troisième ou quatrième jour que le mieux se prononce ouvertement, malgré quelques migrations des congestions, et des exacerbations passagères. La guérison s'accomplit alors dans un espace de temps très court. Voici, du reste, un résumé des vingt-quatre observations précédemment publiées. Parmi nos rhumatisants, les uns étaient affectés depuis trois à quatre jours ; d'autres, depuis sept à neuf; depuis quinze à dix-sept, un seul; depuis vingt-neuf..., ou, terme moyen, depuis dix jours et une fraction quand la médication a été commencée. La durée du traitement nécessaire pour opérer la guérison a été de trois jours, pour deux malades ; de quatre, pour six ; de six, pour quatre ; de huit et neuf, pour quatre ; de douze et de quinze, pour deux autres ; ou, terme moyen, six jours

pour chacun : le traitement ayant néanmoins été continué un ou deux jours après guérison, la durée totale du traitement a été de sept jours trois dixièmes pour chaque malade ; et la durée totale de la maladie et du traitement qui la terminait, dix-sept jours et demi, la guérison étant néanmoins assurée dès le seizième. Après la guérison, les malades se levaient, se promenaient et voulaient sortir pour reprendre leurs travaux ; c'est avec peine que je les retenais quelques jours à l'hôpital, et ils ne sortaient qu'avec la recommandation de se représenter s'ils éprouvaient une rechute. Sur les vingt-quatre malades, dix-neuf ont été *complétement* délivrés de leur affection, et l'on peut dire que la transition de la maladie à la santé a été presque subite ; qu'il n'y a pas eu de convalescence intermédiaire. Chez les cinq autres, il y a eu des récidives ; la médication a été reprise pour un. Un autre a voulu sortir de l'hôpital. Chez les autres, des purgatifs ou des vésicatoires ont suffi. Ces récidives ont généralement été peu graves. Elles ont aussi paru provoquées par l'action du froid auquel les malades s'étaient imprudemexposés. Depuis que j'ai terminé le relevé que je viens de présenter, j'ai mis en usage la médication quinique dans plusieurs autres cas de rhumatisme. Il y a eu plusieurs guérisons *nettes* et *rapides* : la *netteté* des guérisons est vraiment remarquable dans la majorité des cas. Mais, je dois l'avouer, les récidives ont été plus fréquentes ; et, chose remarquable, elles ont porté presque exclusivement sur des femmes, un cas excepté.

Une dame, pâle et lymphatique, que j'ai traitée en ville, avait été délivrée d'un rhumatisme aigu qui avait débuté par le péricarde, dans l'espace de quatre jours ; la péricardite elle-même avait cédé à la médication. Elle se lève, reprend les occupations de sa maison de commerce, se fatigue beaucoup dans un déménagement, habite une chambre vaste, exposée au nord, froide, sans rideaux, et dans laquelle les courants d'air se croisent ; elle est reprise de douleurs et de péricardite, environ dix à douze jours après la guérison : nouveau traitement quinique pendant trois ou quatre jours ; la diarrhée survient, mais le rhumatisme a disparu. Cessation de la médication ; la péricardite, cependant, s'exaspère, une double pleurésie se manifeste, et ce n'est qu'après plusieurs mois, et après avoir couru de graves dangers, que cette malade s'est rétablie. — Deux autres malades, que j'ai traitées à l'hôpital où elles sont encore en ce moment (fév.), ont été rapidement guéries par la médication quinique ; l'une a eu une récidive assez aiguë, contre laquelle le sulfate de quinine a échoué, et à laquelle j'ai dû opposer deux saignées. Dans sa convalescence, cette femme a été prise de sueurs quotidiennes et périodiques très abondantes, qui ont cédé au sulfate de quinine ; l'autre, sans avoir de récidive aiguë, a vu des douleurs vagues se reproduire sur diverses parties des membres, sans fièvre, toutefois. — Enfin, un homme a eu une rechute pendant sa convalescence, après avoir passé toute une nuit exposé à l'air d'une croisée ouverte sur son lit. Le sulfate de quinine n'a pas été moins efficace pour la seconde que pour la première attaque chez ce dernier malade. La cause de toutes ces récidives doit-elle être attribuée à l'insuffisance du sulfate de quinine ? J'admets sans hésiter que ce médicament n'est point infaillible. Mais il est manifeste que le froid est intervenu, dans tous tous ces cas, et d'une manière plus ou moins ostensible et plus ou moins active. Je ne pense pas que l'on puisse attribuer au sulfate de quinine les accidents graves éprouvés par la première de ces quatre malades ; il s'est joint, chez elle, aux causes physiques, des causes morales qui ont eu des effets immédiats. N'ayant aucun intérêt à faire prévaloir la médication quinique sur les autres modes de traitement du rhumatisme, recherchant la vérité avec bonne foi, j'ai dû exposer à côté des faits favorables à cette médication, des faits qui semblent devoir la déprécier. Mais pour moi, qui ai été témoin des uns et des autres, je suis persuadé que l'action du froid, chez des individus prédisposés par un état diathésique antérieur, a eu plus d'influence sur les récidives que l'insuffisance du sulfate de quinine.

Les complications du côté du cœur, dans les vingt-quatre cas analysés, ont existé sept fois ; six fois ils avaient paru avant la médication. Le plus souvent la médication quinique n'a que peu d'action sur cette complication. La raison en est que, dans la péricardite rhumatismale, il y a autre chose qu'un épanchement séreux, dont la résorption pourrait s'effectuer avec rapidité ; il y a souvent aussi de fausses membranes dont l'organisation, toujours lente à s'établir, entretient, quoi qu'on fasse, un état fluxionnaire vers le cœur. A cette complication, nous avons opposé des moyens locaux, des dérivatifs. Et je signalerai encore un fait à propos des complications cardiaques : c'est l'impossibilité d'abaisser le pouls au dessous de sa fréquence normale, par aucune médication, quand ces complications existent. Dans la première partie de ce travail, j'ai dit que j'avais été conduit à tenter la médication quinique par la pensée que le traitement antiphlogistique actif pourrait bien favoriser les complications cardiaques. Les saignées, en effet, favorisent la résolution des fluxions externes ; mais en diminuant la masse du sang, elles n'atteignent pas l'élément qui prédomine : elles font taire le rhumatisme extérieurement, mais elles ne s'attaquent pas directement à sa cause. La diathèse persiste malgré les perte de sang. On a défluxionné les articulations ; n'est-ce point une condition favorable aux fluxions internes ? Quels que soient le mérite et la valeur de ces raisons, il est manifeste que les complications du côté du cœur ont été moins fréquentes dans les vingt-quatre cas analysés, qu'elles ne se montrent, en général, pendant la médication antiphlogistique active. Une autre raison de cette différence est sans doute la rapidité de la guérison, et probablement aussi l'action sédative du sulfate de quinine sur le cœur. *Les fonctions nutritives* éprouvent quelques modifications pendant cette médication. Chez presque tous les malades, il y a eu un amaigrissement plus ou moins notable, et un peu de faiblesse, plus marquée chez quelques-uns. Mais ces deux phénomènes se sont également montrés, et même à un plus haut degré, chez un rhumatisant exclusivement traité par l'expectation, et dont la maladie, très intense, a perdu rapidement ses phénomènes d'acuité, mais a laissé à sa suite des douleurs dans les articulations, les muscles ; douleurs qui ont persisté pendant plus de six semaines. On ne peut donc attribuer sûrement au sulfate de quinine le léger amaigrissement et l'état de faiblesse plus ou moins prononcé qui se montrent après la guérison. En tenant compte des modifications qu'éprouve le sang, on est autorisé à rapporter à l'élévation du chiffre des globules la récoloration de quelques malades anémiques.

Des faits et considérations qui précèdent, je puis émettre, je crois, les conclusions suivantes : 1° Le sulfate de quinine est un sédatif puissant de la circulation. 2° Il a sur la marche et la durée du rhumatisme articulaire aigu une puissante influence; il en atténue les symptômes, en diminue sensiblement la durée, et probablement aussi prévient plus souvent que les autres modes de traitement les fluxions cardiaques. Il n'est point infaillible sans doute, mais il réussit dans la grande majorité des cas. 3° Administré à doses moyennes et fractionnées, il est exempt de tout inconvénient, et n'expose le malade à aucun danger d'intoxication. 4° Il réussit souvent seul ; mais il est quelque fois utile de lui associer une ou deux saignées. La combinaison de ces deux moyens, c'est-à-dire des saignées très modérées et de la médication quinique, me semble réunir le double avantage de combattre à la fois la fièvre pléthorique et les congestions locales, et l'état diathésique. 5° Je ne puis dire si ce mode de traitement (par le sel quinique) a plus d'avantages que les autres; pour décider cette question, il faudrait établir des relevés comparatifs. Si j'en juge par ceux qui ont été publiés, par celui que j'ai fait sur des observations que je possède, le sulfate de quinine me semble avoir une supériorité marquée sur les autres moyens. Sans doute il ne satisfait pas à toutes les indications; sans doute, aussi, il a eu et il aura ses déceptions ; mais, ce point admis, nous le croyons destiné à prendre le premier rang dans la thérapeutique du rhumatisme.

Le prix élevé du médicament ne saurait être un obstacle à la généralisation de la médication. Certainement, s'il fallait en porter les doses à 40 ou 50 grammes, comme l'ont fait les premiers expérimenteurs, la cherté du moyen devrait nécessairement en restreindre l'usage aux classes privilégiées par la fortune. Mais la dose nécessaire pour une guérison ne dépassant pas, terme moyen, 8 à 10 grammes, le prix de la médication se trouve à la portée des petites fortunes, et n'est point onéreux pour les établissements de charité. La rapidité de la guérison serait, d'ailleurs, une ample compensation, si cette dépense devait être plus élevée que celle que nécessite toute autre médication (Journal de médecine, avril 1845) (1).

(1) Il est remarquable que tandis qu'on reproche, en France, à l'Ecole italienne d'être trop doctrinaire, on ne trouve à chaque pas que des explications plus ou moins contestables, présentées comme des faits positifs. L'on ne se doute même pas quelquefois que ces prétendus faits ne sont que des doctrines. De ce nombre est, par exemple, la récoloration des sujets anémiques sous l'influence du quinine dont vient de parler M. Legroux, et que l'auteur attribue à l'augmentation des globules du sang. Nous devons, quant à présent, protester contre ces explications qui ne s'attachent qu'aux effets secondaires des médications ordinaires. Le temps des doctrines arrivera, soyez-en certain, lorsque les faits seront assez multipliés pour balancer les préventions; l'on verra alors qu'il faudra remonter plus haut, arriver jusqu'aux forces organiques inhérentes aux solides pour se rendre compte des modifications éprouvées par les liquides, etc. Une énorme illusion domine malheureusement les écoles de nos jours, c'est de croire que les faits cliniques, les faits accomplis sous l'influence de la vie, ressemblent aux phénomènes physiques ou chimiques de nos laboratoires! (N. du Réd. des Ann. de Thér.)

Spermatorrhée abondante : *impuissance; guérison par l'essence de térébenthine unie au baume de copahu;* par M. le docteur Lecluyse. — Un jeune homme âgé de 36 ans, garçon de ferme, qui, depuis plusieurs années, était sujet à des attaques épileptiformes plus ou moins fréquentes, mais de courte durée, vint me consulter au milieu de l'été de 1843, n'ayant fait, avant cette époque aucune médication contre son mal. Je n'eus point alors l'idée de faire de scrupuleuses recherches concernant la cause primitive de cette affection et l'attribuant vaguement à un état nerveux, eu égard à la faiblesse du sujet, je me contentai de prescrire la potion suivante : — P. aq. flor. tilii; naphtæ âa unc. iij; tinct. valerian.; ass. fœtid. âa ʒ. j; syr. menth. unc. ij; à prendre toutes les deux heures une cuillerée. Après avoir renouvelé plusieurs fois cette prescription, le malade qui, dès le commencement, en éprouva un grand soulagement, ne reparut plus et je le crus débarrassé, pour le moment, de son mal.

En effet, au mois de juillet dernier, il vint me trouver pour une autre affection, il me rappela ses antécédents et il me déclara ne plus avoir éprouvé qu'un seul accès convulsif depuis que j'avais cessé de lui donner des soins, époque qui remontait à près d'un an. Mais voici la triste position dans laquelle je le trouvai cette fois : faible, exténué, maigre au point que je ne le reconnus presque plus; il se plaignait d'une perte presque continuelle de sperme par le canal de l'urètre, perte qui avait lieu tant le jour que la nuit et dont il s'apercevait surtout immédiatement après l'émission des urines et quelquefois après des efforts faits pour aller à la selle. Cet état durait depuis plusieurs mois. M'ayant avoué que souvent il avait abusé des jouissances sexuelles, je crus à l'existence d'une uréthrite chronique; mais en examinant la verge, je ne pus par la pression en faire sortir la moindre goutte pour éclairer mes soupçons. Cet organe m'étonna par sa petitesse et son extrême flaccidité. Le gland était pâle, froid, ridé et tout le corps caverneux semblait atrophié au point de n'offrir, sous la plus légère pression des doigts, qu'un calibre de la grosseur d'un tuyau de plume. Laissé libre, tout l'organe rentra dans la peau du scrotum, pour ne laisser apercevoir qu'un prépuce froncé et tout à fait rétracté contre le pubis. C'était une véritable verge de vieillard. Par mes interrogations sur la vie antérieure de ce jeune homme, je parvins à savoir que dès l'âge de 17 à 18 ans, il s'était adonné avec excès à la masturbation et que, jusqu'à ce jour, il n'avait abandonné cette déplorable habitude que parce qu'il ne pouvait plus, par aucun moyen, se procurer des érections ou quelques sensations voluptueuses. Il perdait le sperme goutte à goutte, à des intervalles plus ou moins rapprochés sans la moindre jouissance, le pénis restant toujours dans l'état décrit plus haut. Il y avait donc impuissance complete.

Pour m'assurer si le liquide perdu était bien du véritable sperme, j'attendis quelques instants avant de répéter la pression du canal urétral; mais ayant échoué de nouveau dans mes tentatives, je fis uriner le malade en ma présence; je ne fus pas peu étonné de voir un jet de matière d'apparence muqueuse suivre immédiatement l'excrétion urinaire. Cette liqueur avait toutes les apparences du sperme, et si ce n'était pas qu'on nie généralement la possibilité d'une semblable émission suivant de près la sortie des urines, en l'attribuant à une sécrétion de la prostrate et des glands de Cowper, je n'aurais pas conservé le moindre doute que ce ne fût là de la véritable liqueur séminale. Son odeur, sa viscosité, sa couleur blanchâtre lui donnaient la plus parfaite ressemblance avec le liquide spermatique. Elle était seulement un peu plus claire et moins consistante que cette

dernière; mais le sperme subit ce changement après des pertes fréquentes. La chemise qui ne recevait en grande partie que l'humeur épanchée hors les moments de l'excrétion urinaire, offrait un grand nombre de taches assez caractéristiques pour ne plus laisser de doute sur leur nature. Quelques-unes étaient encore récentes et non entièment séchées; elles exhalaient une odeur spermatique très prononcée. Ces caractères me parurent suffisants pour me dispenser de recherches plus minutieuses sur le linge, ce qui, dans cette circonstance, était presque impraticable. J'ai regretté seulement de ne pas avoir recueilli une certaine quantité de la matière qui suivait les urines, à l'effet de la soumettre à une épreuve plus certaine; mais soit que cette dernière, malgré la tendance que j'avais à la reconnaître pour de la véritable liqueur séminale fût de nature spermatique, soit qu'elle ne constituât que du simple mucus, le malade était sur le point de périr d'inanition, suite de l'abondance de ces pertes. La nutrition ne se faisait presque plus et un véritable marasme aurait consumé infailliblement le sujet, s'il avait tardé encore quelques temps à chercher du secours contre les ravages de sa triste infirmité. Je lui prescrivis un régime substantiel et corroborant, une médication tonique et l'abstinence complète du moindre attouchement aux parties génitales. J'ajoutai à ce traitement général, pour stimuler localement ses organes flétris et dans lesquels je dus nécessairement reconnaître une atonie, un relâchement et une perte de sensibilité complets, la prescription suivante : — R. Essent. therebent.; bals. copaïv. âa 1 gros; mel. alb. 4 onc.; à prendre toutes les deux heures une cuillerée.

Après quinze jours de ce traitement, le malade éprouva déjà un mieux sensible; l'écoulement involontaire se tarit peu à peu et au bout du cinquième septénaire, il avait déjà éprouvé de légères érections spontanées suivies d'un désir voluptueux, qui, selon son propre aveu, auraient été capables de provoquer de nouveau ses coupables manœuvres, si l'état dans lequel il était tombé ne l'avait suffisamment averti des dangereuses conséquences de ses déréglements. Depuis ce moment le malade acquiert insensiblement de l'embonpoint et il me promet bien qu'il est corrigé pour toujours. (Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers, fév. 1845.)

— Il est probable que la liqueur que le sujet de cette observation rendait par la verge était bien spermatique; cependant il est à regretter que l'auteur ne s'en soit pas assuré à l'aide du microscope : la présence des zoospermes aurait dissipé tous les doutes. Astley Cooper avait donné, pour caractère du sperme, sa propriété d'empeser le linge. On pourrait aussi ajouter son action érosive sur la toile, par suite de l'oxidation de l'élément phosphorique de la matiere génératrice; mais rien n'est aussi incontestable que la constatation des zoospermes.

Glossoraphie; *par M. Corneliani.* — Une petite fille, âgée de 4 ans, est tombée d'une petite chaise sur laquelle elle était debout, et s'est frappée contre le menton. Sa langue s'étant trouvée saisie entre les deux mâchoires a été coupée en travers vers son tiers antérieur, et le fragment ne tenait plus au reste de l'organe que par une petite languette de la largeur de quelques millimètres (deux lignes). Quand l'enfant sortait la langue, la portion divisée pendait tout à fait par ce petit pédicule qui répondait au côté gauche. Un chirurgien appelé de suite voulait exciser d'un coup de ciseaux cette portion divisée pour panser ensuite la plaie; heureusement les parents se sont opposés, et M. Corneliani a été mandé; en attendant, les parties ont été rapprochées à l'aide d'un petit sac à coulisse dans lequel elles ont été renfermées et serrées, mais le tout s'est détaché. M. Corneliani a réuni les fragments à l'aide de la glossoraphie, de la manière suivante : Il s'est placé au côté droit de l'enfant, et, avec deux doigts de la main gauche, il a saisi et rapproché le fragment antérieur de la langue; avec la main droite armée d'une aiguille courbe, il a pratiqué obliquement un premier point de suture, d'avant en arrière, à 4 millim. (deux lignes) du bord externe, et à 6 millim. (trois lignes) du bord horizontal de la plaie. Ce premier point n'a pu être achevé, vu les difficultés insurmontables que le chirurgien a rencontrées quand il s'est agi de tirer l'aiguille. A peine allait-il pousser l'aiguille que la douleur faisait contracter vivement le moignon, et la langue se retirait au fond de la bouche, de telle sorte que l'achèvement de ce point a été impossible. Le chirurgien a donc quitté ce point et en a commencé un autre avec la main gauche, vers le milieu de la face dorsale, et qu'il a conduit d'arrière en avant. Cette fois aussi la langue s'est contractée et retirée vivement, malgré qu'elle fût retenue fortement par deux doigts enveloppés de linge; cet effort cependant a cette fois favorisé le passage de l'aiguille d'arrière en avant, et le point a été achevé. Un second point est devenu dès lors moins difficile, la suture a été heureusement achevée et le rapprochement a été parfait. Les fils ont été coupés près de leurs nœuds. On a recommandé le silence absolu et des boissons pour tout aliment. Les suites ont été très simples. Le quatrième jour, les fils étaient relâchés, la plaie était réunie. Le sixième, on coupe les nœuds et l'on retire les fils; la langue exécute des mouvements, tout est rentré dans l'ordre. Consécutivement, l'endroit de la division n'était reconnaissable qu'à une petite gouttière transversale sur le dos de la langue, et à une ligne blanche formée par la cicatrice. (Rivista Ligure, mai 1841.)

— La glossoraphie a été rarement pratiquée à l'occasion de blessures de la langue. Boyer, qui a proposé et exécuté lui-même cette opération à la suite de l'excision de tumeurs cancéreuses, ne paraît pas en avoir eu connaissance à l'occasion des divisions traumatiques de cet organe, car il ne parle de la suture dans ce cas que d'une manière dubitative et comme nouvelle. M. Corneliani s'est livré à quelques recherches dont nous venons de vérifier l'exactitude. Voici les données historiques de ce point de chirurgie. A. Paré paraît être le premier qui ait pratiqué la glossoraphie. Il rapporte trois observations. Dans la première, il s'agit d'un petit enfant âgé de trois ans, qui, en tombant, s'est frappé le menton contre une pierre, et se coupa une portion de la langue; le fragment ne tenait plus qu'à un petit brin de chairs; on voulait le couper; Paré s'en est bien gardé, il l'a recollé à l'aide de deux points de suture, dont l'un à la face dorsale, l'autre à la face inférieure; la réunion s'effectua parfaitement. Dans le second, il s'agit aussi d'un enfant, mais l'auteur n'en donne pas de détails; il dit seulement que la réunion s'est également opérée. Dans le troisième, il est question d'un homme, charpentier de profession, qui, étant tombé de très haut sur une pièce de bois, se coupa également la langue; le même moyen le guérit. L'auteur ajoute : « Ie te puis asseurer qu'oncques n'ay veu en aucun liure, ce que ie

t'escris de la langue, ny ouy d'aucun precepteur. » — Monteggia avait examiné à son tour cette question, il avait fait voir l'inanité du petit appareil de Pibrac; il avait trouvé avec raison qu'il était inutile de coudre la langue à ses deux faces, et qu'il devait suffire de pratiquer la suture à sa face supérieure seulement. Monteggia pratiqua une fois cette opération, et avec succès, sur un enfant qui s'était, en tombant, coupé les deux tiers de la largeur de la langue; un seul point lui suffit. Un autre chirurgien italien, le docteur Branca, de Vareze, suivit les mêmes errements sur une jeune personne âgée de 13 ans, qui s'était également coupé la langue; mais il a percé les fragments à leurs deux faces et il a compris une tranche de liège à la partie inférieure de la langue, afin d'en assurer la coaptation; la réunion a eu lieu, mais le fait de M. Corneliani prouve assez que cette précaution est inutile, et qu'il suffit de faire passer les points dans une partie seulement de l'épaisseur de l'organe pour obtenir un bon résultat. Un autre objet important à signaler d'après ce fait, consiste à pratiquer les points de suture d'arrière en avant, et non d'avant en arrière.

Phthisie pulmonaire. Fomentations alcooliques; *par M. Marshall Hall.* — L'auteur croit s'être assuré par des expériences cliniques qu'un excellent moyen pour prévenir la formation des tubercules dans le poumon, et de s'opposer à leur ramollissement quand ils sont déjà formés, consiste à pratiquer sur le haut de la poitrine des fomentations méthodiques d'alcool, de manière à empêcher l'évaporation et en favoriser l'absorption. Il s'y prend de la manière suivante : On mêle une partie d'alcool pur avec trois parties d'eau. L'eau est tiède d'abord, puis à la température de l'atmosphère. On applique le mélange par petites quantités de cinq en cinq minutes. Si on en met de grandes quantités et moins fréquemment, l'alcool s'évapore, l'eau reste seule dans la compresse, et le malade en éprouve de mauvais effets, il ressent du malaise au lieu d'un sentiment de chaleur. On prend un linge doux, de la largeur d'une très grande feuille de papier à lettre; on le plie carrément trois fois sur lui-même, de telle sorte qu'il présente en définitive six doubles. On l'étale transversalement à la partie supérieure du thorax, immédiatement au dessous des clavicules, et on croise les chefs en arrière, entre les épaules. On doit l'arranger de manière à pouvoir ouvrir et fermer aisément les couches en avant. On prend alors une petite éponge, du volume d'une noix, qu'on trempe dans la solution et qu'on exprime rapidement entre les couches de la compresse, tout le long, et qu'on ferme immédiatement. Cette opération ne doit pas prendre plus de cinq secondes, et elle doit être répétée toutes les cinq minutes, ainsi que nous venons de le dire. On la continue incessamment pendant tout le jour et à toutes les heures de veille; on l'interrompt seulement pendant la nuit; on ôte alors rapidement l'appareil.

« Je ne louerai pas cette médication au delà de sa juste valeur, dit l'auteur, mais je ne puis m'empêcher de déclarer qu'elle jouit d'une puissance pour empêcher le travail d ramollissement des tubercules pulmonaires, beaucoup plus grande que tout autre moyen que j'ai essayé comparativement, et je puis citer nombre de cas d'individus atteints de phthisie commençante, et qui ont parfaitement guéri à l'aide de ce seul remède, ou qui vivent encore dans un état de santé tolérable, tandis qu'ils auraient, j'en suis certain, succombé sans cela. L'un de ces patients qui m'a consulté, il y a quinze ans, offrait de la matité à la percussion, de la pectoriloquie et d'autres signes de phthisie; il fit pendant longtemps usage des fomentations alcooliques, et il est maintenant professeur dans un collège. Une dame, âgée de 30 ans, était hémoptoïque et offrait tous les symptômes de la phthisie; elle a été soumise aux fomentations alcooliques, il y a quatorze ans; ce moyen a été suivi longtemps, puis suspendu, puis repris de temps à autre, et elle continue à vivre dans un état assez satisfaisant. J'ai vu une jeune dame, il y a deux ans, d'une famille de phthisiques, éprouvant des hémoptysies et des symptômes évidents d'une phthisie commençante. Je l'ai soumise à l'usage des fomentations alcooliques; la toux et l'hémoptysie ont disparu, ainsi que les autres symptômes de la maladie; elle se porte bien aujourd'hui. Il avait été décidé avant ce traitement qu'elle irait à Madère; elle y a été, en effet, a continué les lotions alcooliques, et elle est retournée en parfaite santé.» (The Lancet.)

Tumeur érectile a la lèvre supérieure chez un enfant. *Cautérisation. Guérison; par M. Barnetche, chirurgien à Bordeaux.* — Mme Meissan, de Loupiac (Gironde), vint à Bordeaux, le 7 avril 1844, réclamer nos soins pour sa fille âgée de vingt-deux mois. Cette petite malade, d'une constitution lymphatico-sanguine, a présenté, dès l'âge de trois mois, au niveau du filet de la lèvre supérieure, une petite *élevure* du volume d'un pois, rouge d'abord, puis violacée toutes les fois que l'enfant criait : alors aussi la lèvre augmentait de volume. Depuis cette époque, point de départ des remarques de la mère, ce *nævus maternus* rouge et saillant a été croissant, et au moment de notre examen, c'était une tumeur occupant la lèvre supérieure tout entière, et plus particulièrement le côté gauche que le côté droit. Stationnaire dans le principe, elle ne s'était développée avec rapidité que depuis quelques mois. Dès les premiers jours, un médecin consulté conseilla d'attendre. Plus tard, M. Dézeimeris a conseillé d'exciser cette tumeur, on n'en fit rien; et ce n'est qu'effrayée des progrès faits par cette affection, que la famille se décida à recourir à notre avis. Il nous fut facile de diagnostiquer, *à priori*, une tumeur érectile. La lèvre, épaisse, colorée en bleu à sa surface cutanée, en violet à sa surface muqueuse, était le siége de battements artériels manifestes. Elle était molle, tendue lorsque l'enfant criait, et facilement dépressible au doigt. L'indication n'était pas douteuse, il fallait agir sans différer. D'accord sur ce point avec M. Dézeimeris, je réclamai cependant l'opinion de M. le docteur Costes, et son prononcé étant conforme à ce que je pensais moi-même, il ne fut plus question que du mode opératoire à préférer La compression nous parut aussi difficile à exercer qu'insuffisante. Les caustiques avaient déjà, dans d'autres circonstances, échoué entre ses mains; la ligature des artères labiales ne pouvait offrir seule assez de garanties, vu les nombreuses anastomoses qui, à n'en pas douter, auraient continué à alimenter la tumeur. Le succès obtenu par M. le professeur Roux, dans un cas de ce genre, nous parut et nous paraît aujourd'hui encore une exception. L'extirpation, malgré ses dangers, nous sembla réunir le plus de chances de succès, et il fut arrêté que, les artères labiales préalable-

ment liées au niveau de chaque commissure, la lèvre serait incisée le long de son bord libre, et que la plus grande partie possible de la masse érectile serait extirpée. Cette opération a été pratiquée le 11 avril dernier.

La petite malade étant maintenue, la lèvre supérieure, saisie par M. Costes, fut retournée et je portai aussitôt une aiguille courbe, armée d'un fil, sous les artères à lier, et ce n'est pas sans une grande difficulté que cette ligature médiate fut posée. La lèvre étant ensuite incisée, une masse érectile assez considérable fut saisie avec des pinces à dissection, et excisée par le bistouri. Une hémorrhagie en nappe suivit aussitôt. On lui opposa vainement la cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Un filet de sang vermeil, dardé à grande distance, ne put être ainsi arrêté; l'enfant pâlissait, la syncope était imminente, et je me décidai à épuiser trois cautères rougis à blanc, dans la prévision de cette nécessité : l'hémorrhagie cessa aussitôt. — Pansement légèrement compressif. Lait pour tout aliment. A peine si un mouvement fébrile a eu lieu; le 16, les ligatures étaient détachées; le 18, les escarrhes étaient tombées; la plaie était belle; le 19 au matin, l'hémorrhagie reparut, et lorsque la petite malade me fut apportée, il était urgent d'y remédier, vu le retard que la mère avait mis à me prévenir, n'attachant presque aucune importance à cet accident. Après m'être entouré des conseils de mes honorables confrères Costes et Pouget, je cautérisai de nouveau, le 19 avril, et très profondément; trois cautères furent éteints sur la lèvre, comme lors de la première opération; depuis lors, cette lèvre s'est indurée dans toute son étendue; puis son volume a diminué, surtout à droite. Les battements, qui avaient cessé dès la première opération, n'ont pas reparu. La coloration de la lèvre, tant à sa surface cutanée qu'à sa surface interne, ne présente rien d'anormal; et aujourd'hui, 11 décembre, huit mois après l'opération, le succès ne s'est pas démenti. Cependant une traînée linéaire, rougeâtre, prolongée jusque dans la fosse nasale du côté gauche, nous a porté plus d'une fois à nous demander si nous n'aurions pas à regretter plus tard de l'avoir respectée.

(*Journ. de méd. de Bordeaux, déc.* 1844.)

Luxation de l'humérus et fracture du col de cet os. *Pratique nouvelle; par M. Peirani.* — L'auteur rapporte deux cas de luxation humérale compliquée de fracture du col, l'un arrivé chez une vieille femme âgée de 71 ans, l'autre chez une demoiselle âgée de dix ans; il les expose avec assez de détails pour ne pas laisser de doute sur la nature de la lésion. La méthode de traitement qu'il a suivie est celle de M. Riberi et que nos lecteurs connaissent (t. I). savoir : il a mis le bras en écharpe, combattu les accidents réactionels par les moyens ordinaires et attendu l'époque de la disparition de la douleur, c'est-à-dire un mois environ, pour imprimer à la fracture des mouvements journaliers et la convertir en pseudarthrose. Au bout de quelques mois le membre avait repris la plupart de ses mouvements et les sujets s'en servaient parfaitement pour tous les usages. La partie nouvelle de cette pratique consiste comme on le voit à convertir la fracture en pseudarthrose et à abandonner la luxation, puisque la réduction est impossible avant la réunion de la fracture, et dangereuse après. Cette méthode n'est pas à son premier essai, puisque M. Riberi a déjà publié plusieurs faits pareils. (*Giornale delle science med. della soc. di Torino, nov.* 1844.)

Guérison radicale des hernies simples. *Nouveau mode opératoire, par M. Signoroni, professeur de chir. à Padoue.* — Un étudiant en pharmacie, âgé de 26 ans, de constitution athlétique, portait dès l'enfance une hernie scrotale volumineuse au côté droit, laquelle bien que libre, ne pouvait être aisément contenue dans le ventre, à cause de l'évasement considérable du trajet inguinal et des anneaux; de là, des coliques incessantes et un malaise qui compromettait tout son avenir, sans compter d'ailleurs les dangers d'étranglement dans lesquels il s'était souvent trouvé. L'anneau abdominal était tellement ouvert qu'on pouvait après la réduction y faire entrer aisément deux doigts en y invaginant les tissus épaissis du scrotum; le canal inguinal avait disparu, de sorte que l'ouverture conduisait directement dans le ventre; les faisceaux aponevrotiques du grand oblique étaient très flasques, et n'offraient aucun appui; il y avait d'ailleurs absence des expansions aponévrotiques internes, savoir du petit oblique et du transverse; de sorte que le procédé ordinaire d'invagination simple n'aurait offert aucune chance favorable. En conséquence, M. Signoroni s'est décidé à l'opérer d'une autre manière; il s'est proposé d'invaginer les téguments du scrotum, deux fois, savoir : d'abord à travers l'anneau inguinal à l'ordinaire, et puis de faire passer le sommet du cône de l'intérieur du ventre à travers l'anneau crural et de l'y fixer à l'aide d'une suture. L'auteur à donné le nom d'*intro-retroversion* à ce mode opératoire. Voici comment il l'a exécuté.

Opération. — 1er *Tems.* Avec le doigt indicateur de la main droite il a invaginé le scrotum dans l'abdomen; de là, il a courbé son doigt vers l'arcade crurale et l'a fait entrer dans le trou crurale pour venir proéminer au dehors dans la gouttière de la fosse ovale et vers le pli falciforme du fascialata. Sur cet endroit il a, avant de retirer son doigt pratiqué un point de suture entortillée afin d'y fixer le sommet du capuchon.—2e *Tems.* Cela fait, l'opérateur a dégagé son doigt qu'il avait porté dans le ventre, ensuite avec le même doigts il a insinué la portion externe supérieure du bonnet scrotal au dessous de l'arcade fémorale, vers le flanc, ou pour mieux dire au dessous du trajet externe du ligament de Fallope, au delà du ligament iléo-pectiné, et il l'y a fixé à l'aide d'un second point de suture entortillée. — 3e *Tems.* L'opérateur a retiré tout à fait le doigt et a insinué une sonde de femme dans le même capuchon. A l'aide de cet instrument il a repoussé encore dans le ventre autant que possible de téguments, directement en haut et en dedans, vers le bord interne du muscle droit, et l'ayant fait proéminer il a pratiqué un troisième point de suture.—4e *Tems.* La sonde retirée, le chirurgien a porté dans le fond du capuchon une aiguille courbe qu'il a fait sortir de dedans en dehors vers la partie externe et supérieure de l'anneau inguinal, de manière à fixer les téguments contre les piliers externes de cet anneau, etc. — Tous ces points de suture ont suppuré; la réaction a été assez inquiétante; les fils sont tombés le 14e jour. Guérison parfaite. Une année après, la guérison ne s'était point démentie, et le jeune homme avait pu suivre avec succès sa carrière de pharmacien. Plusieurs chirurgien de Padoue, dont l'auteur cite les noms, ont pu constater la solidité de la guérison. M. Signoroni décrit minutieusement l'état d'induration résistante dans lequel il a trouvé les parties une année après l'opération; les points de sutures y ont laissé des noyaux et des brides inodulaires très résistants. (Ann. univ. di méd. sept 1844.)

— Nous devons nous abstenir, pour le moment, de

toute appréciation sur la valeur de ce mode opératoir, soit au point de vue des difficultés de son exécution, soit sous le rapport des dangers réels qu'il peut et doit entraîner, attendu que l'auteur n'a rapporté jusqu'à présent qu'un seul fait. C'est donc comme un simple document à valoir au besoin que nous l'avons reproduit.

Canitie chlorotique; *par M. Richelot.* — « Il y a trois ans environ, je fus appelé à donner des soins à une jeune demoiselle de seize à dix-sept ans, d'ailleurs bien développée et d'une belle organisation, mais qui présentait les symptômes les mieux caractérisés de la chlorose. Je n'ai pas besoin de décrire ici la maladie dont le diagnostic ne pouvait être douteux. Je me bornerai à citer un phénomène morbide que je n'ai vu signalé nulle part comme faisant partie des symptômes de la chlorose, et que je n'avais encore jamais observé. Cette demoiselle, qui avait de beaux cheveux châtain-clair, avait remarqué, à son grand chagrin, que depuis qu'elle était malade, une grande quantité de ses cheveux poussaient blancs, et que le nombre des cheveux qui devenaient blancs allait toujours en augmentant. En effet, un grand nombre de ses cheveux étaient entièrement blancs à partir du cuir chevelu jusqu'à 4 ou 5 centimètres de leur naissance, qui présentaient leur coloration normale dans le reste de leur longueur, ce qui donnait à sa chevelure un aspect panaché fort bizarre. Cette demoiselle fut soumise à un traitement ferrugineux qui amena graduellement une guérison solide. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est qu'en même temps que l'affection chronique se dissipait sous l'influence des préparations de fer, la canitie se guérissait également. En effet, à partir du moment où l'état de la santé générale s'améliora, et où les couleurs revinrent au visage, les cheveux qui avaient commencé à pousser blancs se remirent à pousser avec leur coloration naturelle, et la canitie ne se manifesta plus dans aucun autre cheveu. De sorte que, quand la jeune personne fut complétement guérie, elle avait un grand nombre de cheveux qui, châtains à leur naissance dans une certaine étendue, étaient blancs ensuite dans une longueur de plusieurs centimètres, et redevenaient châtains dans le reste de leur longueur. La portion blanche était celle qui avait poussé pendant que la jeune personne était chlorotique. Tous ces cheveux furent arrachés quelque temps après le rétablissement complet de la santé, et depuis ce temps cette demoiselle n'a pas eu un seul cheveu blanc. Ainsi, sous l'influence de la chlorose, qui tend à amener la décoloration de tous les tissus, les cheveux étaient privés de leur pigmentum. » (*Gaz. des hôp.*)

Nouveau mastic dentaire. — Un dentiste allemand, M. Ostermaier, a eu l'idée de faire un mastic pour boucher les dents cariées avec les mêmes éléments dont se compose chimiquement l'émail. La formule à laquelle il s'est arrêté est la suivante : — P. treize parties de chaux caustique et douze parties d'acide phosphorique anhydre (préparé par la combustion du phosphore à l'air sec); mêlez; faites-en un ciment mou que vous introduirez dans la cavité morbide, préalablement nettoyée avec soin. Lissez-en bien la superficie en la mouillant avec un peu d'eau. Le mélange devient promptement dur en absorbant l'humidité et il se convertit en phosphate de chaux, de la consistance des os. Si le fond de la cavité n'est pas bien nettoyé, la masse s'échauffe chimiquement et elle est déchaussée. L'auteur ne dit pas combien de temps ce mastic peut servir dans la bouche sans s'altérer. Il serait à désirer que nos dentistes l'essayassent et en fissent connaître les résulats, car on manque réellement d'un mastic durable pour cet usage (Casper's Wochenschr, n° 24, 1844, et Annali Universali, mars 1845.)

De l'embarras gastrique; *par M. Piorry.* — Pour nous, dit M. Piorry, il n'y a point d'embarras gastrique qui puisse être considéré comme une maladie. On a réuni sous ce nom un ensemble de symptômes qui appartiennent également à une foule de maladies différentes. Ainsi, on dit qu'il y a embarras gastrique quand la langue est couverte d'un enduit épais et jaunâtre, quand la face et la conjonctive présentent une teinte légèrement ictérique; enfin, quand il y a inappétence, lassitude, céphalagie sus-orbitaire, peu ou point de fièvre, constipation et quelquefois dévoiement accompagné de borborygmes. Mais n'est-il pas évident que tous ces symptômes, ou presque tous, se rencontrent dans la pharyngite, l'entérite, la bronchite intense, la pneumonite, la broncho-pneumonite, et même dans une simple imflammation de la muqueuse nasale? On sait aujourd'hui que l'action de respirer, principalement par la bouche, l'abstinence des aliments, une constitution particulière de la salive, plus épaisse qu'à l'ordinaire, sont autant de circonstances qui peuvent donner à la langue l'aspect qu'on lui trouve dans ce que l'on appelle l'embarras gastrique. Un malade atteint de pneumonite, couché au n° 11, salle St.-Raphaël, offre la confirmation de ce fait; il a la langue couverte d'un enduit très épais, jaunâtre; et notez qu'il a pris depuis quelques jours beaucoup d'émétique. Or, si cet état de la langue était dû aux enduits de l'estomac, on devrait le trouver moins chez ce malade que chez tout autre, puisqu'il a pris justement l'émétique que l'on prescrit dans ce cas-là, d'après l'indication de cet état de la langue. D'un autre côté, dans le prétendu embarras gastrique, on ne trouve dans l'estomac d'accumulation ni de bile, ni de tout autre liquide: la plessimétrie le démontre jusqu'à l'évidence. Invoquera-t-on l'effet du traitement pour conclure en faveur de l'existence de l'embarras gastrique? On n'y serait nullement fondé; car les purgatifs réussissent également dans les maladies dont les symptômes ont été groupés sous le nom d'embarras gastrique. En résumé, M. Priorry n'admet point cette maladie. Tout au plus, dit-il, pouvons-nous admettre un embarras intestinal, et beaucoup d'affections que l'on a désignées sous cette dernière dénomination ne sont autre chose que des états pathologiques dans lesquels entre comme élément l'accumulation des matières stercorales dans le gros intestin. » (*Gaz. des Hop.*)

De la chlorose; par le même. — Dans un précédent article, nous avons vu que M. Piorry n'attache une valeur diagnostique réelle au bruit de souffle dans les rétrécissements des orifices du cœur, qu'autant que ce bruit est fixe et bien prononcé. Nous allons exposer aujourd'hui ce qu'il pense du bruit du souffle dans la chlorose. Quelques réflexions sur ce sujet lui ont été suggérées à l'occasion de plusieurs femmes chlorotiques qui se trouvent actuellement dans la salle Sainte-Geneviève. Une d'entre elles, celle chez laquelle la maladie est au plus haut degré, présente une pâleur générale excessive, une grande décoloration de la conjonctive des lèvres et de la langue; en un mot, le faciès spécial des chlorotiques. C'est à peine si elle peut monter un escalier; elle accuse des palpitations de cœur, des douleurs au creux de l'estomac et vers la matrice; elle est en proie à des appétits bizarres; elle recherche notamment le vinaigre, etc. Cependant, l'auscultation ne révèle point le bruit du souffle des carotides assigné, avec raison, par

M. Bouillaud, comme caractère important de la chlorose. Il résulte donc de ce fait, et de beaucoup d'autres du même genre, qu'il ne faut pas attendre le bruit de souffle pour prononcer qu'il y a chlorose. Ce n'est pas là le caractère essentiel, ce n'est qu'un phénomène éloigné, caractère principal est l'*hydroémie*, dénomination maintenant généralement admise. L'inspection des capillaires la démontre aussitôt qu'elle existe. Il peut y avoir anémie sans hydroémie. Dans le premier cas, le foie et les vaisseaux sont peu volumineux; dans le second cas, ils pourront être très développés : il y a alors beaucoup de sang, mais du sang dont la composition est modifiée. Le bruit de souffle, d'ailleurs, peut bien exister chez un malade et n'être pas permanent. Qu'arrivera-t-il donc du diagnostic si le médecin arrive dix fois auprès du malade au moment où ce phénomène a cessé de se manifester? Cette réflexion n'empêche pas cependant qu'il ne faille s'enquérir si le bruit de souffle existe ou non; et M. Piorry ne néglige jamais ce signe, car on en peut tirer un grand parti dans beaucoup de cas. Seulement il est bon d'être prévenu que le souffle peut manquer, bien que la chlorose soit manifeste, et que son absence ne saurait être considérée comme signe négatif absolu. (*Ibidem.*)

Staphyloraphie.—D'après les observations de M. Roux, quand après une opération de staphyloraphie on trouve, vers le 2e, 3e, 4e jour, le voile du palais couvert d'une matière glutineuse, laissant à peine voir les points de suture, on peut être certain qu'il n'y a pas de réunion et qu'il n'y en aura pas. Quoiqu'on fasse et à quelque époque qu'on enlève les fils, les bords se disjoignent, la nature n'ayant pas produit d'inflammation au degré qu'on appelle adhésive. Quand, au contraire, le voile du palais reste net, de couleur rouge, quand les bords cousus se gonflent autour des fils, on peut généralement compter sur la réunion. Ces données sont importantes pour le pronostic avant la levée des fils. — L'époque la plus convenable de l'enlèvement des fils est du 3e au 4e jour. Au delà de ce terme, les fils coupent les parties étreintes, et il en résulte des inconvients. — La manière de procéder à cet enlèvement a offert à M. Roux une observation pratique importante. On doit s'y prendre différemment suivant qu'on a affaire à une division simple du voile palatin, ou à une division avec écartement des os de la voûte. Dans le premier cas la division forme un triangle dont la base est vers la luette, le sommet vers la voûte osseuse. Il est donc évident que le point le plus tiraillé, le plus sujet à se désunir est celui de la base. On doit, par conséquent, commencer la levée des fils d'avant en arrière, ou de la voûte vers le bord libre, et laisser, au besoin, vingt-quatre heures encore le point qui répond à la luette. — Dans le second cas, au contraire, on doit suivre une marche inverse, c'est-à-dire, enlever d'abord les points postérieurs et laisser en réserve le point antérieur qui répond à la fente osseuse, par la raison que c'est à cet endroit que les deux côtés du voile sont le plus tiraillés et offrent de la tendance à se réunir.

Suture enchevillée. — Dans la suture enchevillée, on peut, d'après l'expérience de M. Roux, laisser sans inconvénient les fils en permanence pendant *huit jours*, le mode de jonction par pression latérale de cette suture ne portant pas à la déchirure; tandis que le contraire a lieu dans la suture entortillée. Dans cette dernière, les fils doivent être ôtés du 3e au 4e jour, sous peine de leur voir couper les parties. Cet enlèvement doit être plus prompt encore dans la suture à points séparés, car les fils étranglent ici plus fortement encore. Il est probable, dit M. Roux, qu'étant mieux comprise, la suture enchevillée finira par être généralisée et remplacera les autres sutures dans un grand nombre de cas.

TRANSACTIONS ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les travaux de l'Académie royale de médecine offrent généralement si peu d'intérêt scientifique, que nous ne trouvons pas toujours de quoi leur emprunter quelque chose de véritablement utile. Ce corps savant en effet prodigue son temps en discussions personnelles, oiseuses et plus ou moins étrangères à la science. Il en résulte que cette Académie perd son importance et son autorité. Pourtant elle absorbe une forte subvention de l'Etat! Il serait vraiment à désirer qu'un ministre éclairé fût mis parfaitement au courant des vices radicaux de cette corporation, qu'il la supprimât pour la constituer sur de meilleurs éléments. Il y a dans son administration une telle illibéralité mesquine, qu'elle refuse aux organes de la presse de prendre connaissance, sur les manuscrits, de quelques travaux de valeur qui y sont lus ou présentés de temps en temps. De ce nombre est, par exemple, un rapport sur le tabac qu'une commission vient de lire et que, par une absurdité rétrograde, le conseil académique enfouit dans ses inextricables bulletins!

Tabac. L'Académie avait reçu de M. le ministre de l'agriculture et du commerce un travail que les médecins attachés aux dix manufactures de tabac lui avaient adressé, concernant les observations qu'ils avaient faites sur les ouvriers de ces manufactures, au triple point de vue hygiénique, toxicologique et thérapeutique. Une commission a été nommée, composée de MM. Mélier et Loiseleur-Delongchamp, laquelle est venue aujourd'hui faire son rapport. Cette commission s'en est occupée sérieusement, et la chose n'était pas difficile, puisqu'il existe à Paris une manufacture de tabac, la plus importante de toutes. Ce travail de la commission a donc quelque valeur, puisqu'il est basé sur des observations directes ou des renseignements authentiques reçus dans la manufacture elle-même. — Après un coup-d'œil historique assez incomplet sur les travaux déjà existants sur la matière, M. Mélier, rapporteur, est entré dans quelques détails sur le genre de travail que les ouvriers exercent dans ces manufactures, depuis la récolte de la feuille jusqu'à sa fermentation, son desséchement, sa râpure, etc. M. le rapporteur a fait voir les différentes voies par lesquelles les éléments actifs du tabac pouvaient s'introduire dans l'économie; ces voies sont celles du derme et des bronches, comme pour les autres fabriques, en général, où l'on manie des substances toxiques, telles que le plomb ou le mercure, par exemple. C'est aussi dans les ateliers où l'on fait soit fermenter, soit dessécher, soit râper le tabac, que les ouvriers éprouvent l'influence de son action.

Au point de vue hygiénique, la commission a confirmé les observations de Parent-Duchatèlet, sur l'innocuité de l'influence du tabac sur la santé des ouvriers, entre certaines limites; c'est-à-dire qu'ils n'en éprouvent pas de mauvais effets tant qu'ils ne s'exposent pas à une abondante absorption. Au delà de cette limite, ils sont saisis de symptômes toxiques à différents degrés. Ces symptômes se réduisent à de la céphalalgie plus ou moins intense, à des nausées, des vomissements, des selles abondantes, une lassitude générale et de l'inappétence. Il suffit de suspendre le travail pendant quelque temps pour voir ces phénomènes disparaître. Il est cependant une sorte d'intoxication chronique chez certains ouvriers négligents, et qui s'énonce par une altération dans le teint de la physionomie qui devient grisâtre. Il est à peine nécessaire de faire remarquer

que tout cela énonce l'action hyposthénisante du tabac, action déjà connue, vérifiée à chaque instant en Angleterre où l'on donne souvent des lavements d'infusion de tabac aux malades atteints de hernie étranglée, ainsi qu'en France où la même pratique avait été adoptée dans ces derniers temps. Il en résulte fréquemment des empoisonnements mortels qu'on a pu étudier à différentes reprises. Chez les ouvriers des manufactures, il est rare que l'intoxication soit violente et qu'elle se termine par la mort. Il ne serait donc pas exact de dire que le tabac n'exerce aucune influence malfaisante sur les ouvriers, puisqu'ils peuvent en être empoisonnés. En général cependant, les ouvriers soigneux n'éprouvent rien de pareil, ils se portent bien, et l'on dirait même qu'ils sont beaucoup moins exposés aux maladies communes, grâce à l'influence du tabac. Les fièvres intermittentes, le rhumatisme, les affections inflammatoires, certaines maladies dermiques (galle, etc.), ne les atteignent que rarement, faiblement, et ils s'en débarrassent aisément en se couchant sur un lit de feuilles de tabac, en se couvrant les parties malades de cataplasmes de farines de lin et de décoction de tabac. La phthisie elle-même, qui ravage les établissements d'autres genres, y semble beaucoup moins fréquente, ce qui est également attribué à l'influence salutaire des émanations de la nicotiane. Cela se comprend parfaitement, quand on sait que l'action dynamique de cette feuille est hyposthénisante, antiphlogistique; à part, bien entendu, son action locale, irritante ou caustique, qui n'a rien à faire dans le cas actuel. Il ne faut pas oublier, au reste, que l'action du tabac est elle-même, en partie, neutralisée par la haute température à laquelle les ouvriers se trouvent en même temps exposés. La commission, au reste, ne s'est exprimée qu'avec beaucoup de réserve sur ces questions générales, et elle n'a reçu les faits qu'avec circonspection, par la raison que tout cela lui a semblé mériter encore confirmation; elle n'en a pas moins, en attendant, posé des conclusions d'encouragement pour les auteurs du travail adressé par M. le ministre.

Une discussion de nulle importance s'est engagée entre plusieurs membres à l'occasion de ce rapport.

Correspondance.

Du caustique sulfurique de M. Velpeau. *Lettre de M. le docteur Bourdin.* — A la page 340 des *Annales de thérapeutique* (décembre 1844), vous donnez la formule d'un caustique que vous appelez *sulfurique* et auquel vous donnez l'épithète de nouveau. L'importance qu'acquièrent chaque jour les caustiques dans la pratique chirurgicale m'engage à vous soumettre de courtes réflexions à ce sujet.

Le caustique dont il s'agit ici, et que vous avez étudié avec un soin tout particulier, consiste en un mélange d'acide sulfurique et de safran dans les proportions convenables pour former une pâte dont l'application est des plus faciles. Cette formule me semble susceptible d'une modification utile par la substitution au safran, de la poudre de curcuma. Cette substance forme également une pâte facile à manier, et de plus elle a l'avantage d'être beaucoup moins chère. Ayant eu à m'occuper de la formule du *caustique noir*, en faisant l'article caustique de l'*Encyclopédie du XIXe siècle*, j'avais, par erreur, substitué à la formule de la Charité (acide et safran) celle que je mets en pratique depuis au moins quatre ans. Je saisis donc avec empressement cette occasion de rétablir la faute.

Bien que l'usage de la pâte sulfurique soit, pour ainsi dire, à la portée de tout le monde, pour la facilité de son mode d'application; bien qu'on puisse assez facilement en circonscrire l'action; qu'elle ne donne pas lieu à des phénomènes d'absorption toxique; qu'elle produit des escarrhes dont l'élimination est assez prompte, qu'elle enlève l'odeur fétide et insupportable de certains cancers; cependant elle a un inconvénient qui mérite d'être signalé. Lorsqu'on fait le mélange de l'acide avec la poudre, c'est-à-dire avec une substance végétale, celle-ci absorbe l'acide et, presque sur-le-champ, se carbonise. Cette décomposition s'opère aux dépens des deux corps. Car, si le végétal cède son eau, l'acide, en l'absorbant, perd de sa force caustique, et la perd précisément dans la proportion de l'eau qu'il absorbe. Or, cet inconvénient est majeur. L'acide sulfurique et tous les acides en général agissent à des petites profondeurs, tellement qu'il faut recourir à des applications multipliées qui fatiguent le malade, le découragent, et quelque fois même portent un découragement analogue dans l'esprit du médecin; il est donc nécessaire de faire le mélange avec des corps indécomposables par l'acide et laissant à ce dernier toute sa force. Partant de cette idée, je suis arrivé, après des tâtonnements nombreux et des essais de toute espèce à employer le soufre sublimé qui présente l'avantage que je viens de signaler. Cette modification est importante à coup sûr. Cependant elle ne remplit pas encore complétement le but; néanmoins, comme elle offre plus d'avantage que le mélange végétal, je lui donne provisoirement la préférence.

Il y aurait à disserter longtemps sur les caustiques et, en particulier, sur les acides; mais je m'arrête, car je dépasserais les bornes d'une lettre. — Je me résume donc en disant : 1° que le caustique sulfurique n'est pas très nouveau, puisque je l'ai employé depuis plus de quatre ans; 2° que la formule donnée par vous peut être avantageusement et économiquement modifiée; 3° qu'il est possible de substituer utilement une poudre minérale à une poudre végétale, et même un autre acide à l'acide lui-même. Mais ceci est une autre question qui trouvera sa solution dans une autre occasion. — Agréez, etc,

Bourdin, D. M. P.

Paris, ce 2 mars 1845.

Cas remarquable de rhumatisme musculaire aigu, guéri a l'aide de remèdes hyposthénisants; *par M. le docteur Perotti, médecin à l'hôpital militaire de Plaisance (Italie).* — François Schlogel, âgé de 25 ans, robuste, tisserand, servait dans l'infanterie autrichienne depuis quatre ans; il a été reçu à l'hôpital le 17 février 1845. A l'examen, le lendemain, j'ai trouvé l'état suivant qui datait de la veille seulement au dire du malade. Ses doigts étaient fortement contractés, de telle sorte que les deux pouces restaient couchés sur les paumes. Les poignets étaient fléchis avec force sur l'avant-bras. Ces contractions musculaires paraissaient plus prononcées à droite qu'à gauche. Ses pieds étaient comme de marbre, inflexibles, ne permettant aucun mouvement ni dans la flexion ni dans l'extension. On ne remarquait cependant rien d'anormal ni à la tête, ni à la poitrine, ni au ventre, ni au dos. Le pouls était dur, mais pas fréquent; couleur des urines jaune-paille. Consécutivement, les contractions des mains sont devenues plus fortes, douloureuses, et les muscles des bras se sont raidis à leur tour; de sorte que les avant-bras se sont fixés dans la demi-flexion. L'état des pieds n'a pas changé; vers le quatrième

jour cependant ces membres ont paru un peu détendus. Pendant huit jours le malade est resté dans cet état; j'ai observé que la rigidité musculaire n'était pas la même aux différentes heures de la journée ; c'est vers le soir que les parties se détendaient un peu : alors le pouls était moins tendu et le malade suait; mais le mal s'aggravait dans le courant de la nuit, et surtout vers le matin, ce qui arrachait les hauts cris au malade. Dans ces moments, le pouls était contracté, dur et un peu fébrile. Nulle part cependant on ne rencontrait de gonflement ni de rougeur ; seulement les parties offraient une sensibilité exquise à la pression. A partir du huitième jour, les coudes se sont relâchés, ainsi que les poignets et les doigts; de sorte que le patient a pu commencer à allonger toutes ces parties : les poignets et les phalanges sont dès lors devenus rouges, un peu gonflés et douloureux; les urines ont perdu leur transparence, et ont continué à être troubles pendant sept à huit jours encore. Le 9 mars, le malade était déjà beaucoup mieux; les poignets et les doigts étaient légèrement douloureux. A partir de cette époque, il est entré en convalescence. — Voici maintenant le traitement que j'ai mis en usage contre cette affection (assez fréquente dans les troupes autrichiennes, à cause du passage brusque des soldats d'endroits très chauds, comme des étuves, à des localités très froides). J'ai prescrit d'abord des saignées répétées : on en a pratiqué sept en tout. Les deux premières n'ont pas présenté de couënne. J'ai soumis le malade à l'usage de l'ipécacuanha, de l'infusion d'arnica combinée au tartre stibié, et du nitrate de potasse à fortes doses. Comme remèdes externes, des ventouses scarifiées le long de l'épine, des bains entiers chauds, des maniluves et des frictions aux poignets avec de l'onguent rosat mêlé à de l'acétate de plomb. Nous avons terminé la cure par quelques prises d'extrait d'aconit et d'une décoction de tamarinde.

— *Note du rédacteur.* — Il est regrettable que cette intéressante observation n'ait pas été récueillie par l'auteur d'une manière plus circonstanciée et plus précise. Un fait perd en partie son caractère clinique, et presque aussi son authenticité, dès le moment où il n'est pas exposé avec ses incidents phénoménologiques, jour par jour, en rapport précis avec les doses des médicaments employés chaque jour, et les modifications que ces moyens ont imprimées à ses symptômes, à sa marche, etc.

FAITS CRITIQUES.

Empoisonnement général chez les malades de l'hôpital Beaujon, par de la viande délétère. — Un événement culinaire des plus grave a jeté l'alarme dernièrement parmi les habitants de l'hôpital Beaujon. Le mardi 15 avril, quelques heures après le dîner, pendant la nuit et le jour d'après, les malades, les sœurs, les élèves internes et les gens de services ont été tout à coup et presque simultanément saisis de coliques atroces, de lassitude générale effrayante et d'évacuations alvines, liquides, sanguinolentes et répétées, avec ténesme très douloureux. On aurait dit qu'un nuage sinistre, une trombe cholérique venait de planer sur le charitable établissement. Ces symptômes ont été excessivement graves chez quelques-uns; et chez un amputés depuis quinze jours à l'avant-bras, et qui allait parfaitement, les phénomènes d'intoxication ont été tellement prononcés que, dès le lendemain, des symptômes de résorption purulente se sont déclarés. Ce malade est allé de mal en pis, et aujourd'hui, septième jour de l'accident, il se trouve dans un état à peu près désespéré. Il y avait eu évidemment empoisonnement par les aliments; et les choses ont été si alarmantes que M. Robert a été sur le point de faire intervenir l'autorité pour une enquête sévère. On s'est cependant contenté d'en référer seulement par lettre à l'administration centrale des hôpitaux. La chimie, en attendant, a été appelée de suite à l'éclaircissement du mystère: on s'est emparé des bouillons, des soupes, de la viande, des légumes, l'on a apposé des scellés de tous côtés, interrogé les sœurs et les économes, épié les physionomies des infirmiers, et l'on a soumis toutes les questions à la décision de l'oracle de Marsh, sorte de petit sceptre en verre qui parle en automate et qui ment quelquefois, comme on sait. Du cuivre a aussitôt jailli, dit on, entre les mains de l'opérateur, et l'on s'est de suite écrié : Honneur à la chimie ! Dès lors les marmites et les chaudières ont été accusées de lèse-étamage. Tout le monde cependant n'était pas satisfait de ce résultat, car tous les malades qui avaient fait usage des mêmes aliments n'avaient pas été frappés d'accidents, plusieurs n'ayant rien éprouvé.

Une sœur, directrice de la cuisine, a cependant soupçonné la mauvaise qualité de la viande. On s'est rappelé qu'il y en avait eu de deux sortes ; qu'une épaule d'un bœuf et un cuissot d'un autre bœuf avaient servi au funeste repas, et que ce sont les malades seuls qui avaient mangé du cuissot qui avaient éprouvé des accidents. Il restait encore de cette dernière viande; on l'a fait cuire; on en a mangé à deux reprises; les accidents se sont reproduits avec des selles sanguinolentes; la sœur a manqué d'en mourir. Rien de pareil avec l'autre espèce de viande. Plus de doute alors qu'on n'avait employé de la viande d'un bœuf malade. Ces sortes de viandes développent beaucoup d'ammoniaque qui attaque le cuivre malgré l'étamage; de là un ammoniure de cuivre qui passe dans le bouillon et s'ajoute au principe délétère de la viande elle-même. — Voici maintenant le commémoratif de ce malheur.

On sait que par une mesure malheureuse d'économie, l'administration des hôpitaux, au lieu d'avoir, à l'instar de la Compagnie hollandaise, un abattoir pour son compte, fait soumissionner la fourniture de la viande. Chaque hôpital se trouve ainsi avoir son boucher au rabais. Beaujon l'obtenait de la sorte, cette année, au prix de 94 centimes le kilogramme. Or, le prix actuel de la bonne viande, à Paris, est juste le double de ce chiffre. Il est donc clair que, pour s'en tirer, le boucher ne peut fournir à l'hôpital que des quartiers de Montfaucon ou des morceaux de bœuf de vil prix. Le jour de l'accident, en effet, le fournisseur avait présenté de la viande dont le tissu cellulaire était injecté, manifestement malade; elle fut refusée par l'économe. Le boucher est allé alors à l'abattoir, a tué exprès un bœuf qui venait, dit-on, d'un marché lointain, ayant par conséquent fait un long voyage et se trouvant dans des conditions fébriles que les bouchers appellent *échauffé*, et il a apporté à l'hôpital de la viande encore fumante qu'on a également refusée. Il a de suite réclamé l'acceptation à l'administration centrale, et l'ordre formel d'accepter a été expédié par cette administration, *sans aucune enquête préalable!* C'est cette même viande pourtant qui a causé tant de désastres!! — Des réflexions de toutes sortes se présentent à l'occasion de cet événement, et qui n'honorent certainement pas la sollicitude des administrateurs des biens du pauvre!!

— Les enfants trouvés. On sait que des mesures récentes ont été prises pour abolir, en France, les établissements destinés à la déposition clandestine des enfants trouvés. Les adversaires de ces mesures avaient fait valoir une objection de la plus haute gravité : c'est que la suppression des Tours aurait été la source d'innombrables infanticides que l'État serait forcé d'enregistrer comme de simples événements naturels. Il résulte, en effet, d'un travail auquel l'Académie des sciences vient d'accorder le second prix de statistique, que dans les quatre années de 1837 à 1840, le nombre des enfants morts-nés, en France, s'est élevé à rien moins qu'à 117,487, soit, en moyenne, 29,372 par an. L'auteur fait remarquer, les chiffres à la main, que dans presque tous les départements où un certain nombre de Tours ont été supprimés, le nombre des enfants morts-nés ou décédés avant la déclaration de la naissance, s'est subitement élevé dans de fortes proportions. La cause de cette étrange coïncidence réside, d'après l'auteur, dans l'augmentation des infanticides peu connus ou non poursuivis. Si ces données et ces déductions sont exactes, on doit regretter vivement la suppression des Tours en question.

— Les infirmiers et les sœurs de l'hôpital de la Charité. — Il serait à désirer que l'administration surveillât attentivement le service de l'hôpital de la Charité. Il paraît que les malades y sont horriblement traités. On nous a raconté qu'une femme couchée dans le service de M. Velpeau, pour un coup de feu au front et dont nous venons de rapporter l'observation (*V.* hôp. Beaujon), avait ses règles, lorsqu'à cinq heures du matin, les infirmières la font lever brutalement, malgré son refus, pour changer les draps (on changeait en ce moment les draps de tous les lits). La femme s'est trouvée mal, a perdu connaissance; on lui a jeté de l'eau froide pour la faire revenir ; ses règles se sont supprimées. Elle a demandé brusquement sa sortie et elle est allée se faire recevoir à l'hôpital Beaujon où elle est morte. — Ce qu'il y a de certain c'est que, plus qu'ailleurs, les malades des salles de chirurgie de la Charité se plaignent de l'inexactitude du service. Les mêmes plaintes existent pour l'hôpital Saint-Louis : nous avons entendu souvent M. Jobert exprimer un grand mécontentement à cet égard. Les économies d'ailleurs sont poussées, par l'administration, au delà des limites ordinaires, et c'est d'autant plus fâcheux, que les employés de l'administration des hôpitaux émargent, dit-on, d'opulents appointements!

—Les médecins soi-disant eclectiques, et le sulfate de quinine. — On affecte de nos jours un grand dédain pour les doctrines médicales, pour l'explication des faits, et l'on se donne des airs d'*esprit fort* en s'intitulant eclectique. Un médecin d'un mérite éminent, justement estimé et qui combattait naguère, nous ne savons quelle doctrine, avançait en même temps lui-même des idées systématiques, à son insu pour ainsi dire; nous faisons allusion à sa doctrine de l'*action substitutive* des médicaments, et dont nous avons fait voir l'absurdité. On peut en dire autant d'autres médecins soi-disant anti-doctrinaires et qui suivent pourtant eux-mêmes le système des prétendues révulsions, celui des maladies humorales, etc. — Aujourd'hui un journal de médecine revient sur ces questions générales à propos d'un travail expérimental du docteur Desiderio, de Venise, sur l'action dynamique du sulfate de quinine. Ce travail est non seulement inconcluant, mais encore erroné, absurde; aussi ne l'avions nous pas jugé digne de figurer dans nos colonnes. M. Desiderio s'est trompé en effet en établisssant que l'action toxique de ce sel était excitante. Le journal en question accepte cette conclusion comme ortodoxe, sans s'enquérir de la valeur des faits qui l'ont motivée; puis il ajoute : « De ce que le sulfate de quinine, à dose toxique produit des phlegmasies, il ne faut pas en conclure que telle soit la nature propre de ses effets; pas plus qu'il ne faudrait dire de l'affection typhoïde qu'elle est une phlegmasie, parce qu'elle en présente quelquefois les symptômes. L'empoisonnement par les narcotiques produit aussi des phlegmasies et en présente les symptômes. Est-ce à dire que telle soit la nature de cette intoxication. » Pour compléter sa pensée, l'auteur déclare, que ce sont là : « des opinions exagérées dictées par les préventions systématiques du contro-stimulisme d'Italie. »

Tout cela touche de trop près aux questions que nous avons souvent traitées dans nos Annales pour nous abstenir de relever cette singulière critique contre un travail inepte. D'abord vous taxez le contro-stimulisme de système; mais le connaissez-vous? Nous pourrions vous prouver que vous n'en avez que des notions fausses. Ensuite, n'êtes-vous pas vous-même systématique en avançant qu'un médicament peut, à dose toxique, produire des phlegmasies, et agir comme anti-phlogistique, à doses moyennes? Qu'est-ce donc que cette singulière logique qui fait changer à loisir les propriétés physiques ou dynamiques des corps selon la dose? Enfin vous dites que les narcotiques à dose toxique enflamment. Où avez-vous vu cela (à part l'opium)? N'y a-t-il pas dans ces assertions des erreurs graves? Est-ce que la belladonne, la ciguë, le stramonium, etc., empoisonnent en enflammant? Ces vieilleries systématiques enfantées dans les amphithéâtres de quelques apothicaires-toxicologues ne devraient plus de nos jours être adoptées légèrement par des cliniciens dignes de ce nom.

ANNONCES.

Sparadrap gélatineux préparé par A. ANCELIN, pharmacien. - Ce Sparadrap d'une grande souplesse, de différents degrés d'adhérence, est très propre au pansement des plaies, à la compression des varices, des tumeurs du sein, des membres hypertrophiés, du varicocèle, etc. Il n'occasionne ni érythèmes, ni érysipèle à la suite des opérations chirurgicales. Il est d'un précieux secours, comme moyen d'occlusion, dans la hernie ombilicale chez l'enfant, dans les plaies communiquant avec un foyer de fractures, dans l'ouverture des abcès par congestion, dans les escarrhes au sacrum, dans les engelures, etc. — Pour la préparation des écussons et des topiques médicamenteux, il remplace la peau blanche et le sparadrap ordinaire, avec un avantage d'autant plus grand, qu'il permet d'en faire l'application sans bandage. — Le même pharmacien fabrique les taffetas d'Angleterre de toutes qualités, et le Sparadrap officinal, auquel il a su conserver une souplesse indéfinie. — Adresser les demandes à la fabrique, rue Saint-Honoré, 274, ou aux Pyramides, au dépôt de Vichy, rue Saint-Honoré, 295.

Institut orthopédique dirigé par le Dr V. DUVAL, directeur des Traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, Lauréat de l'Institut, membre de plusieurs sociétés savantes. — Rue du Faubourg-du-Roule, 81, près la barrière de l'Étoile, sur le point le plus élevé de Paris.

— *Trois nouveaux mémoires sur l'action nerveuse*; par M. F.-Aug. Durand (de Lunel), auteur de la nouvelle théorie sur l'action nerveuse. Brochure in-8°, avec pl., 1845. Chez J.-B. Baillière.

PARIS.— IMPRIMERIE DE LACOUR ET COMP.,
Rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel 33.

Troisième Année. Ce Journal paraît le 1er de chaque mois. N° 3. — Juin 1845.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

ET

DE TOXICOLOGIE.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.

»Alibert.»

—

Eaux alcalines froides.

Nouvelle source d'eau minérale alcaline, ferrugineuse et gazeuse acidule, découverte à Vals (Ardèche); par M. A. Dupasquier, ancien médecin à l'Hotel-Dieu de Lyon, professeur de chimie, etc. (V. le dernier n°)

§ V. Analyse qualitative. 1° *Essai par les réactifs à la source* (1). — A. *Sulfhydrate d'ammoniaque.* Une goutte de ce réactif communique immédiatement à l'eau minérale une nuance brune qui bientôt se fonce et devient très prononcée. Le lendemain, la couleur du liquide est passée au brun noirâtre, on aperçoit au fond du verre un très faible dépôt noir. — B. *Teinture de noix de galle.* L'addition d'une petite quantité de ce réactif détermine une coloration violette immédiate qui se fonce rapidement et devient vineuse en six ou huit minutes. Le lendemain, même apparence; seulement le liquide paraît un peu louche. Un semblable essai, fait par quelques gouttes d'une solution aqueuse d'acide tannique, donne des résultats à peu près identiques. — C. *Cyanure jaune de potassium et de fer.* L'addition de ce réactif à l'eau minérale n'y produit pas d'abord de changement; mais, après dix minutes, il s'y manifeste une nuance azurée. Le lendemain, cette nuance azurée est très prononcée; le liquide, examiné en masse et par réflexion, parait même un peu bleu. Il n'y a pas de dépôt au fond du verre. — D. *Chlorure d'or.* Ce réactif ne produit pas de coloration immédiate, mais après quatre ou cinq minutes, il se manifeste dans l'eau minérale une nuance bleue violette qui se fonce peu à peu et finit par devenir très marquée. Le lendemain, on aperçoit au fond du verre un dépôt violet assez abondant; le liquide est devenu parfaitement limpide et incolore. Ces différents essais démontrent que l'eau minérale essayée contient une quantité notable de fer. L'essai par le cyanure jaune seul n'a pas donné de résultats bien tranchés, ce qui tient sans doute, soit à la grande quantité d'acide carbonique contenue dans cette eau minérale, soit à la proportion très forte de bi-carbonate de soude qui s'y trouve avec le fer. — E. *Sirop de violettes.* Le contact de l'eau minérale ne change pas d'abord la couleur du réactif, ce qui peut s'expliquer par l'empêchement qu'apporte à l'action de la matière alcaline la très forte proportion de l'acide carbonique libre. Après cinq minutes d'attente, une nuance verte commence, en effet, à se manifester et devient bientôt très prononcée. Le lendemain, le liquide paraît parfaitement vert. — F. *Teinture de bois d'Inde.* Ce réactif, qui ne communique à l'eau distillée qu'une couleur jaune, détermine immédiatement dans l'eau minérale une coloration violette qui, après quelques minutes d'attente, passe au bleu. L'addition d'une plus grande quantité de réactif communique au liquide une couleur d'un beau bleu foncé.—G. *Papier rouge de Tournesol.* Ce papier, en contact avec l'eau minérale, est bientôt ramené au bleu malgré la forte quantité d'acide carbonique libre qui accompagne le bi-carbonate de soude. Les expériences E, F, G, démontrent l'existence d'une matière alcaline dans l'eau minérale. Dans l'expérience F, le fer a contribué, avec la matière alcaline, à développer la couleur bleue communiquée par le bois d'Inde à l'eau minérale. — H. *Acide sulfurique.* Cet acide, ajouté à l'eau minérale jusqu'à ce qu'il y en ait eu un léger excès, y a produit une effervescence très vive et très prolongée. L'emploi des acides azotique, chlorhydrique, acétique, etc., a donné lieu à des résultats tout à fait semblables. L'effervescence considérable produite par l'addition des acides à l'eau minérale, démontre que la matière alcaline y est à l'état de carbonate ou de bi-carbonate.

Mais la grande quantité d'acide carbonique libre contenue dans cette eau, donne la certitude qu'elle ne peut constituer qu'un ou plusieurs bi-carbonates.— I. *Sul-*

(1) Dans mes recherches faites sur les lieux mêmes, j'ai été assisté par M. Vézu, préparateur de chimie à l'Ecole de Médecine, aujourd'hui l'un de nos premiers pharmaciens de Lyon, les plus instruits et les plus consciencieux.

fate de cuivre. Ce réactif donne lieu à la formation immédiate d'un précipité bleuâtre très abondant. Ce précipité se dissout avec effervescence dans l'acide azotique. — J. *Sulfate de zinc.* Précipité blanc, abondant et très léger. Le lendemain, dépôt blanc abondant adhérant au verre. Ce dépôt est soluble dans l'acide azotique. Avec le *sulfate de cadmium*, même résultat. — K. *Chlorure de calcium.* Précipité blanc soluble dans l'acide azotique. Les expériences I, J, K, indiquent la présence d'un carbonate ou bi-carbonate alcalin en très forte proportion dans l'eau minérale. — L. *Sulfate de magnésie.* Point de précipité. L'eau minérale reste parfaitement transparente et limpide. Il résulte de l'emploi de ce réactif, que le carbonate alcalin de l'eau minérale n'est pas, comme on l'a déjà dit, un carbonate neutre, mais un *bi-carbonate.* — M. *Antimoniate de potasse.* Ce réactif produit un trouble immédiat. Le lendemain, on aperçoit au fond du verre un dépôt nuageux assez abondant. L'effet de ce réactif indique la présence d'un ou de plusieurs sels de soude dans l'eau minérale. — N. *Acide perchlorique.* Cet acide produit une vive effervescence dans l'eau minérale, mais ne donne lieu à la formation d'aucun précipité ; ce qui annonce qu'elle ne contient pas de sels de potasse, ou du moins qu'il n'y en a qu'une quantité très minime (1). — O. *Chlorure de barium.* Trouble immédiat assez prononcé qui ne disparaît pas en ajoutant de l'acide azotique au liquide. Le lendemain, on aperçoit au fond du verre un dépôt peu abondant; le liquide est devenu parfaitement limpide. Cet essai annonce la présence d'une proportion assez notable d'un ou de plusieurs sulfates dans l'eau minérale. — P. *Azotate d'argent.* Formation d'un précipité blanc très abondant que l'addition de l'acide azotique ne fait pas disparaître, du moins en totalité. Ce résultat indique une proportion notable d'un ou de plusieurs chlorures. — Q. *Oxalate d'ammoniaque.* Ce réactif produit, après quelques instants, une teinte assez prononcée. Le lendemain, on aperçoit au fond du verre un dépôt peu abondant. L'acide oxalique produit les mêmes résultats, donne lieu d'ailleurs à une vive effervescence comme les autres acides.—R. *Ammoniaque liquide.* Ce réactif ne produit d'abord aucun effet nuisible ; mais, après un quart d'heure, on aperçoit dans le liquide un léger nuage. Le lendemain, il s'est formé au fond du verre un dépôt léger et nuageux assez sensible; il y a aussi un faible dépôt cristallin adhérent aux parois du vase. Il résulte de cet essai que l'eau minérale contient du bi-carbonate de magnésie.

2° *Essai par les réactifs de l'eau préalablement soumise à l'ébullition pendant une heure.* — Quatre litres d'eau minérale sortant de la source, contenus dans une grande capsule de porcelaine, ont été soumis à l'action de la chaleur, et l'eau, portée à l'état d'ébullition, y a été maintenue pendant une heure. Voici ce qui a été observé pendant cette expérience : Dès que la capsule a été placée sur le feu, l'acide carbonique a commencé à se dégager. Ce dégagement est devenu de plus en plus sensible à mesure que la température du liquide s'est élevée à 50° ; ce gaz, en s'échappant, produisait un bouillonnement; l'eau cependant restait encore parfaitement limpide, on n'y apercevait ni précipitation d'oxyde de fer, ni dépôt de carbonate de chaux. Après deux ou trois minutes d'ébullition, l'eau minérale avait perdu une grande partie de sa saveur piquante. En cet état, sa transparence n'était pas sensiblement altérée : elle contenait encore du fer en solution, car elle brunissait très sensiblement par le sulfhydrate d'ammoniaque. L'ébullition, continuée pendant une heure, a déterminé un dépôt blanchâtre. Séparé de ce dépôt, après s'être éclairci par le refroidissement et le repos, le liquide a été essayé par les réactifs suivants : — A. *Sulfhydrate d'ammoniaque.* Ce réactif ne produit pas de coloration sensible. — B. *Teinture de noix de galle.* Très faible coloration verdâtre, insuffisante pour déceler la présence du fer. — C. *Cyanure jaune de potassium et de fer.* Ce réactif ne développe pas de nuance azurée. Il résulte, des expériences A, B, C, que le fer de l'eau minérale s'est séparé du liquide pendant l'ébullition; ce qui annonce qu'il se trouvait combiné à l'acide carbonique. — D. *Sirop de violettes.* Coloration verte immédiate très prononcée. — E. *Teinture de bois d'Inde.* Coloration immédiate en violet foncé. Cette différence avec l'essai sur l'eau non bouillie, prouve que la coloration bleue de celle-ci par le bois d'Inde, est due, en partie, à l'action du fer qu'elle contient. — F. *Teinture de curcuma.* Ce réactif se trouble au contact de l'eau bouillie et se colore immédiatement en rouge brun. Le même essai, fait avec de l'eau non bouillie, ne colore d'abord l'eau qu'en jaune serein; la coloration brune ne se manifeste que lentement. Les essais D, E, F, démontrent que l'expulsion de l'acide carbonique par l'ébullition rend la réaction alcaline de l'eau minérale beaucoup plus prononcée. Ils démontrent aussi que cette réaction n'est pas due au carbonate de chaux, qui a été complétement précipité par l'ébullition, comme le prouve d'ailleurs l'essai suivant. — G *Oxalate d'ammoniaque.* Ce réactif, qui déterminait la formation d'un précipité notable dans l'eau non bouillie, ne trouble nullement l'eau qui a été soumise à l'ébullition. Il résulte de cet essai que l'eau minérale ne contient, comme l'annonçait d'ailleurs la présence du bi-carbonate de soude, d'autre sel calcaire que du carbonate de chaux. — H. *Chlorure de barium.* Même résultat que dans l'eau non bouillie. — I. *Azotate d'argent.* Même résultat que dans l'eau non bouillie. — J. *Sulfate de cuivre, sulfate de zinc.* Même résultat qu'avec l'eau non bouillie; seulement, avec le sel de zinc, la précipitation est plus prompte et le précipité plus abondant. — K. *Acide sulfurique.* Cet acide, ajouté en excès, produit une effervescence très prononcée.

En résumé, la comparaison des essais par les réactifs faits soit avec l'eau minérale immédiatement prise à la source, soit avec la même eau soumise à l'ébullition pendant une heure, démontre que cette eau contient : une grande quantité d'acide carbonique libre, du bi-carbonate de fer, du bi-carbonate de chaux et du bi-carbonate de magnésie, du bi-carbonate de soude en proportion qui paraît considérable, du chlorure de sodium, du fulfate de soude. Les substances dont on soupçonnait encore des traces dans cette eau minérale ont été recherchées en procédant à l'analyse de quantité (1).

§ VI. Analyse quantitative. A. *Produits gazeux.* — L'analyse des gaz contenus dans une eau minérale

(1) L'analyse quantitative, comme on le verra bientôt, a fourni du *chlorure de potassium*, mais en quantité qui ne saurait être indiquée par les réactifs, du moins en ce qui est relatif à la potasse.

(1) Dans l'analyse qualitative de cette eau minérale, on a fait encore usage de beaucoup d'autres réactifs; s'ils n'ont pas été mentionnés ici, c'est que leur emploi n'a donné lieu à aucune observation intéressante.

ne saurait être exacte quand elle est pratiquée sur l'eau transportée, quelque soin qu'on ait pris d'ailleurs pour prévenir, autant que possible, toute perte de ces mêmes gaz. Cette raison m'a déterminé à procéder à cette analyse auprès de la source même. J'ai d'abord procédé à la détermination de l'acide carbonique par deux moyens : 1° j'ai fait bouillir un décilitre d'eau minérale, et j'ai recueilli le gaz sur le mercure ; puis, après avoir reconnu sa quantité, je l'ai ramenée, par le calcul, à 0° et 0m de pression ; 2° j'ai fait dégager par l'ébullition, continuée pendant une heure et demie, le gaz d'un litre d'eau minérale dans une solution de *sous-acétate de plomb*. Il s'est formé du carbonate de plomb qui, recueilli, desséché et pesé, a donné, par le calcul, la quantité d'acide carbonique qui avait été dégagée. — En prenant la moyenne des deux opérations, j'ai trouvé qu'un litre d'eau minérale soumise à l'ébullition fournissait en acide carbonique libre, ramené à 0° et 0m 76 de pression, 1 lit. 972. Mais l'acide obtenu par l'ébullition ne contient pas seulement celui qui était libre dans l'eau minérale ; il contient encore celui qui constituait les carbonates neutres de cette eau à l'état de bi-carbonates. En calculant d'après la quantité de ces sels fournis par 1 lit. d'eau minérale, on trouve qu'ils ont dû abandonner, en passant par une ébullition prolongée à l'état de carbonates neutres, 0 lit. 842. En retranchant cette quantité d'acide du bi-carbonate de la quantité totale obtenue par l'ébullition, on trouve que l'eau minérale contient par litre, en acide carbonique libre, 1 lit. 70. J'ai recherché ensuite si le gaz obtenu par l'ébullition contenait de l'air (oxygène et azote) comme lorsqu'on opère sur des eaux potables ou des eaux salines : un litre d'eau minérale en a fourni 20 centigrammes cubes.

B. *Produits solides.* — Pour déterminer la proportion des matières solides tenues en solution dans l'eau minérale, j'en ai fait évaporer sur les lieux dix litres dans une capsule de porcelaine, en prenant toutes les précautions recommandées en pareil cas, puis j'ai terminé l'analyse dans le laboratoire de chimie de l'Ecole de Médecine de Lyon. Après avoir séparé par l'eau distillée les matières solubles du produit total, j'ai fait l'analyse du résidu insoluble ; puis j'ai procédé à la détermination quantitative des sels solubles. Pour arriver à cette double détermination, j'ai suivi les méthodes généralement usitées avec quelques modifications qu'il serait trop long d'indiquer ici et que je ferai connaître ailleurs. Voici le résultat que j'ai obtenu :

10 litres d'eau ont donné en produits solides :

	gm.
Acide silicique (silice). . .	0,994
Oxyde d'alumin. (alumine)	0,007
Carbonate de chaux. . . .	1,177 rep. 1 g. 691 de bi-carb.
Carbonate de magnésie. . .	1,097 rep. 1,664 de bi-carb.
Carbonate de strontiane. .	Traces.
Carbonate de fer.	0,154 rep. 0,213 de bi-carb.
Carbonate de manganèse. .	0,010
Carb. de soude (anhydre). .	37,401 rep. 52,892 de bi-carb.
Sulfate de soude (anhydre. .	1,797
Chlorure de sodium.	1,893
Chlorure de potassium. . .	0,450

En résumé et d'après les résultats précédents, 1 *litre d'eau de la source de Vals* (*la Chloé*) est minéralisé par les matières suivantes :

Produits gazeux.

	litre.
Acide carbonique libre.	1,070
Air atmosphérique.	0,020

Produits solides.

	gm.
Acide silicique (silice).	0,099
Oxyde d'aluminium (alumine). . . .	0,004
Bi-carbonate de chaux	0,169
— de magnésie.	0,166
— de strontiane.	Traces.
— de fer.	0,021
— de manganèse.	0,001
— de soude.	5,289
Sulfate de soude.	0,173
Chlorure de sodium.	0,189
Chlorure de potassium.	0,045

§ VII. Propriétés médicales. — Les propriétés de l'eau alcaline, ferrugineuse et gazeuze acidule de la nouvelle source découverte à Vals (la Chloé), peuvent être établies : 1° d'après la considération seule de sa *composition chimique ;* 2° d'après son *analogie de composition avec deux autres sources de Vals* (la Marquise et la Camuse), et les propriétés de celles-ci reconnues par l'expérience ; 3° enfin sur *l'expérimentation directe* ou l'emploi de cette nouvelle eau minérale, soit dans *l'état physiologique*, soit pour le *traitement des maladies.*

A. *Propriétés d'après la composition chimique.* — Si l'on jette les yeux sur le tableau présentant les résultats de l'analyse chimique, et si l'on considère quels sont les principes qui dominent dans la composition de cette eau minérale, on arrive nécessairement à cette conclusion, qu'elle doit *agir très énergiquement sur l'appareil digestif*, qu'elle est très propre à *ranimer son action physiologique* dans les cas où cela peut être utile, et qu'elle doit exercer une *action résolutive très puissante* dans les *engorgements des organes abdominaux*, résultats de phlegmasies chroniques dont la durée a été plus ou moins longue. De ce même examen, on arrive aussi à conclure que cette eau minérale doit être *éminemment diurétique* et convient particulièrement dans les cas de *gravelle* qui nécessitent l'emploi des boissons alcalines. Ces diverses propriétés, l'eau minérale de la source la Chloé les doit évidemment à l'acide carbonique dont elle est saturée, à la proportion considérable de bi-carbonate de soude qu'elle contient, au bi-carbonate de chaux et au bi-carbonate de magnésie qui agissent dans le même sens. Le sulfate de soude et les autres sels neutres y sont heureusement en trop petite quantité pour avoir une action purgative, et ne peuvent avoir d'autre résultat, même quand on boit une grande quantité

d'eau minérale, que *d'exciter la sécrétion urinaire*. Le bi-carbonate de fer n'y est pas en proportion assez grande pour déterminer une très forte stimulation de l'organisme; mais cette proportion est cependant suffisante pour que cette eau soit très propre à *combattre la débilité générale, à relever les forces épuisées* par de longues maladies, par des excès, des chagrins prolongés, par de mauvaises conditions hygiéniques dans l'emploi des aliments, ou par toute autre cause : effet qui doit être aussi favorisé par le *rétablissement de l'action digestive* sous l'influence de l'acide carbonique et des bi-carbonates alcalins. Ce même principe, le fer surtout, associé comme il l'est à un grand excès d'acide carbonique, doit rendre enfin cette eau minérale éminemment utile pour *provoquer*, quand il est difficile ou languissant, *le flux utérin périodique* et pour le *ramener à l'état physiologique* quand il présente, comme on le remarque souvent, de l'irrégularité dans sa marche ou son abondance. — En somme, la composition de cette nouvelle eau minérale est des plus remarquables, soit par la nature des principes qui s'y trouvent en solution, soit par la forte quantité des plus utiles (l'acide carbonique et le bi-carbonate de soude), soit encore par l'association de tous ces agents thérapeutiques, dans des proportions relatives qui *ne sauraient être plus convenablement établies* et qu'on dirait avoir été calculées d'avance pour obtenir les meilleurs effets possibles, particulièrement dans les affections qui viennent d'être indiquées d'une manière générale.

B. *Propriétés d'après l'analogie de composition.*—Les propriétés qui viennent d'être établies d'après la seule considération de la composition chimique de l'eau de la nouvelle source de Vals sont exactement celles que l'expérience a fait reconnaître aux eaux minérales des anciennes sources et particulièrement à celles de la Marquise et de la Camuse. Ainsi, c'est particulièrement dans le *scorbut*, dans les *hémorrhagies passives*, dans les *écoulements leucorrhéiques* et les *leucorrhées anciennes*, dans les *affections chroniques de l'estomac et des viscères abdominaux*, particulièrement dans les *engorgements hépatiques*, dans les *diarrhées chroniques*, dans la *chlorose*, les *pollutions*, dans les *maladies chroniques des voies urinaires*, etc., etc., qu'elles sont administrées avec avantage. C'est donc dans les mêmes affections ou dans celles qui s'en rapprochent par leur nature, que l'analogie doit porter à mettre en usage l'eau de la nouvelle source. Celle-ci, du reste, comme on a pu le voir par l'examen des résultats de l'analyse chimique, étant fortement minéralisée, doit nécessairement produire des effets thérapeutiques très remarquables.

§ VIII. Effets produits dans l'état physiologique. — D'après ce que j'ai observé sur moi-même et d'après les remarques particulières de M. le docteur Ruelle, médecin inspecteur des eaux minérales de Vals, remarques que cet habile médecin a bien voulu me communiquer, l'eau de la nouvelle source la Chloé (comme au reste l'eau de la Marquise et plus encore que celle-ci) exerce une activité très prononcée sur toutes les fonctions, et plus spécialement sur la *digestion*, sur la *circulation* et sur les *sécrétions*.

Digestion.—L'influence que l'eau de la Chloé exerce sur les fonctions digestives, dès que l'on commence à en faire usage, est des plus remarquables, et ses effets sont si prompts qu'on pourrait dire, sans exagération, qu'ils présentent quelque chose de merveilleux. Dès le premier jour qu'on en boit, elle provoque, le plus souvent, un accroissement considérable de l'appétit. Le malade qui depuis longtemps ne connaissait plus le sentiment de la faim, se trouve tout surpris d'éprouver ce besoin à un degré très prononcé, et s'étonne bien plus encore de pouvoir le satisfaire impunément, grâce à l'action si énergique de cette eau bienfaisante. Sous son influence, en effet, l'estomac semble réagir sur les substances alimentaires avec une activité toute nouvelle ; les digestions, précédemment difficiles, languissantes, s'opèrent désormais avec une facilité vraiment merveilleuse ; en même temps les évacuations intestinales deviennent plus régulières et s'exécutent plus librement; souvent même une diarrhée, plus ou moins abondante, succède pendant quelques jours à une constipation jusqu'alors pénible et opiniâtre. Cet effet si remarquable et presque immédiat que produit l'usage de l'eau minérale de la Chloé, effet journellement observé par M. le docteur Ruelle, je l'ai éprouvé moi-même dès le jour de mon arrivée à Vals. Depuis quelque temps, je m'apercevais d'un dérangement notable des fonctions digestives; j'avais perdu l'appétit, et dès que je mangeais, une distension douloureuse se faisait sentir à l'épigastre, puis survenaient des éructations fréquentes et des rapports acides très désagréables. En vain j'avais diminué de plus de moitié la quantité journalière des aliments ingérés dans l'estomac; en vain je faisais usage d'un régime adoucissant et me privais de viandes excitantes, de ragoûts, et généralement de toute substance alimentaire âcre ou irritante, mon estomac ne fonctionnait pas mieux. Une constipation opiniâtre, en déterminant continuellement des distensions gazeuses dans différentes parties du tube digestif, donnait lieu à un état de malaise et à un endolorissement du ventre presque continuel. Sans être décidément malade, je souffrais assez pour ne me livrer qu'avec peine et dégoût à mes occupations habituelles.

Grâce à l'eau minérale de la nouvelle source de Vals, tous ces symptômes disparurent comme par enchantement dès le jour où je commençai à en faire usage. Le matin même de mon arrivée (26 juin 1843), j'en bus neuf verrées en deux ou trois heures, et cela suffit pour me donner un appétit très vif, et pour que je pusse faire un solide déjeûner à la fourchette, ce qui, les jours précédents, aurait été absolument impossible, ou du moins aurait donné lieu à des conséquences plus ou moins fâcheuses. Ce jour-là, rien de semblable ne survint; la digestion s'opéra sans peine,

Je bus encore quelques verrées d'eau minérale, et l'heure du dîner fut précédée par la sensation très prononcée de la faim, que je ne connaissais plus depuis au moins quinze jours. Les jours suivants, continuant toujours l'usage de la même eau minérale, je pus prendre chaque jour une part très active à deux repas copieux, qu'une hospitalité ingénieuse et empressée rendait terriblement redoutables pour un estomac débile. En résumé, trois ou quatre jours de séjour à Vals et d'usage de l'eau de la Chloé avaient complétement fait disparaître l'incommodité pénible que j'y avais apportée, et m'avaient rendu capable de figurer très honorablement à une table aussi recherchée qu'abondamment servie. Après un résultat aussi remarquable, résultat conforme d'ailleurs à l'observation journalière de l'habile médecin inspecteur des eaux de Vals, il est impossible de douter de l'influence énergique et rapide que doit exercer l'usage interne de l'eau de la Chloé dans toutes les débilités gastriques, même arrivées au point de ne plus permettre au malade l'ingestion d'un simple potage au maigre, sans qu'il en résulte des coliques, des rapports acides et même des vomissements.

Circulation. — Prise à des doses modérées, variables d'ailleurs suivant les différences de constitution et de tempérament, cette eau minérale imprime à la circulation un surcroît d'énergie et d'activité remarquables. Sous son influence et tant qu'on n'en fait pas abus, il se manifeste une légère excitation générale ; le pouls s'élève et s'accélère; la chaleur de la peau augmente sensiblement; on éprouve comme un sentiment de force et de bien-être inaccoutumé. Si la dose, au contraire, est portée au delà de certaines limites que l'expérience démontre qu'il ne faut pas dépasser, cette eau détermine bientôt de la pesanteur de tête, une céphalalgie plus ou moins intense, de la disposition au sommeil, un sentiment de plénitude générale, une sorte de malaise indéfinissable, phénomènes qui tous indiquent une activité plus grande dans la circulation du sang et comme une sorte de pléthore.

Sécrétions. — Indépendamment de l'influence puissante que l'eau de Vals, de la nouvelle source, exerce sur les fonctions spéciales des organes de l'appareil digestif, elle porte encore énergiquement cette influence sur les fonctions sécrétoires de la peau et surtout des reins. Il est assez ordinaire, en effet, de voir son usage suivi d'une abondante diaphorèse ou transpiration cutanée; toutefois, son action excitante se porte beaucoup plus généralement sur l'organe élaborateur de l'urine. Cette action ne se borne pas d'ailleurs à augmenter considérablement la sécrétion du liquide urinaire, elle en modifie essentiellement, en outre, la nature ou la composition chimique. Quelques verrées de cette eau suffisent pour rendre alcalines les urines qui sont naturellement acides. La même modification se remarque aussi dans la nature de la sueur qui, d'acide qu'elle est dans son état normal, passe rapidement à l'alcalinité. Du reste, j'ai constaté sur moi-même la modification rapide qui s'opère dans la nature chimique des urines, peu de temps après qu'on a bu même une petite quantité de cette eau minérale. Un jour, à 6 heures du matin, après avoir reconnu que mon urine rougissait fortement le papier de tournesol, je bus trois verrées d'eau de la Chloé : à huit heures je rendis une urine qui ramenait immédiatement au bleu le papier de tournesol rougi par un acide, et n'exerçait aucune influence sur le papier non rougi. Quelques gouttes de teinture alcoolique de bois d'Inde, qui ne communiquent à l'urine acide qu'une faible coloration jaune, produisirent immédiatement une teinte d'un beau violet dans mon urine devenue si rapidement alcaline. Durant toute la journée, je continuai à boire, à peu près d'heure en heure, une grande verrée d'eau minérale, ce qui me forçait à uriner très fréquemment. L'urine rendue ne cessait pas d'être alcaline. Le lendemain, à sept heures du matin, celle que je rendis présentait encore le même caractère : elle ramenait rapidement en bleu le papier de tournesol rougi, et colorait en beau violet la teinture de bois d'Inde (1). Pendant tout le temps que j'ai passé à Vals, j'ai continué à boire chaque jour de dix à douze verrées d'eau minérale et n'en ai point éprouvé d'effet purgatif; mes selles seulement sont devenues plus faciles; elles présentaient, dès le second jour, une couleur brune très prononcée, due évidemment à l'action du fer qu'elles contenaient en solution.

§ IX. Effets dans l'état pathologique. — Ces effets ont été observés avec beaucoup de soins par l'habile médecin inspecteur des eaux de Vals, M. le docteur Ruelle. Je laisserai donc parler ici cet honorable et savant médecin, qui a bien voulu me communiquer les détails suivants sur l'action thérapeutique de l'eau minérale de la nouvelle source. — « L'action thérapeutique de la Chloé s'est déjà manifestée d'une manière favorable dans plusieurs cas *d'affections gastro-intestinales*, qui se présentaient avec les caractères suivants : tantôt un dégoût insurmontable pour les aliments; d'autrefois, une augmentation d'autant plus fâcheuse de l'appétit, que les malades ne pouvaient s'y livrer impunément; des digestions lentes, laborieuses, accompagnées de retours acides, de vomituritions, de flatuosités abdominales; un sentiment de malaise qui, partant de la région épigastrique, semblait s'irradier, en quelque sorte, sur tous les organes de l'économie ; une tristesse mélancolique habituelle; de la céphalalgie, et enfin une irritabilité nerveuse excessive. Ces affections, signalées par les uns comme des gastrites chroniques, par les autres comme des gastralgies, des gastrodynies, des entéralgies, des hypocondries, etc., étaient, en général, exemptes de tout mouvement fébrile. » (Suivent plusieurs observations).

L'eau de la Chloé se recommande aussi dans les cas *d'écoulements chroniques liés à un état de débilité générale ou locale*, comme la *leucorrhée* ou *fleurs blanches*, dans *l'amenorrhée*, la *dysmenorrhée*, et enfin dans la *chlorose* ou *pâles couleurs*, qui se rattachent presque toujours à un dérangement de la menstruation. Cette eau m'a paru s'appliquer aussi avec avantage à certains cas de *diarrhées atoniques*, de *constipations opi-*

(1). Ce réactif, que j'ai mis le premier en usage pour reconnaître la présence du carbonate de chaux dans les eaux potables, est infiniment plus sensible que le sirop de violette, toutes les fois qu'il s'agit de constater l'alcalinité d'un liquide, quelque faible qu'elle soit. Si ce liquide est neutre ou acide, la teinture de bois d'Inde ne fait que le *jaunir* faiblement; quelque peu alcalin qu'il soit, il prend immédiatement une nuance *violette*.

niâtres et anciennes, états particuliers des voies digestives, qu'on est encore assez porté à rattacher à une gastrite ou gastro-entérite chroniques, mais qui me semblent résulter, le plus ordinairement, d'une disposition organique tout à fait opposée à l'état inflammatoire. Les *engorgements du foie*, de la *rate*, des *reins*, des *ganglions mésentériques*, de l'*utérus*, des *ovaires*, etc., etc., éprouvent les plus heureuses modifications sous l'influence de ce même agent thérapeutique. Il est aussi quelques *maladies du système urinaire* dans lesquelles l'eau de la Chloé manifeste des propriétés, sinon toujours curatives, au moins sédatives, qui en feront une précieuse ressource contre les maladies si fréquentes, si cruelles et trop souvent, hélas! si rebelles à tous les moyens que nous possédons. C'est ainsi que j'ai vu son action s'exercer d'une manière favorable dans un cas de *catarrhe chronique de la vessie*, et dans plusieurs cas de *colique néphrétique et de gravelle*. En 1842 et 1843, j'ai eu occasion de voir à Vals un individu qui m'assura que l'usage de la Chloé avait pour effet de lui faire rendre, sans peine et pour ainsi dire sans douleur, un certain nombre de graviers, lui qui ne les rendait auparavant qu'à la suite et au milieu des souffrances les plus aiguës. Je pourrais bien rapporter quelques autres observations de maladies qui ont été soulagées ou guéries par l'eau salutaire de la Chloé, mais ce serait sortir des bornes qui me sont prescrites par la nature même de cette notice. Une chose qu'il importe de prendre en considération, c'est que l'emploi de cette eau, qui se montre si efficace dans le traitement des *maladies chroniques des viscères abdominaux*, devient, au contraire, *dangereux et funeste* si on l'applique aux *maladies des organes contenus dans la cavité thoracique*. Ainsi le catarrhe pulmonaire, la pleurésie, la pneumonie, quelque degré de chronicité qu'elles présentent, l'hémoptysie, la phthisie pulmonaire et laryngée, l'hypertrophie du cœur, l'anévrysme des gros troncs artériels, etc., etc., sont autant de contre-indications à l'usage de l'eau de la Chloé, comme du reste aux autres sources minérales de Vals; il en est de même de l'asthme, surtout lorsque cette affection coexiste, comme il arrive si souvent, avec une lésion organique du cœur ou des gros vaisseaux. Dans tous ces cas, l'emploi des eaux de Vals aurait pour effet inévitable d'aggraver la maladie et d'accélérer la mort des malades.

§ X. Mode d'administration. — L'eau de la Chloé qui, comme celle des autres sources de Vals, n'a servi encore qu'à l'usage intérieur, se prend à des doses qui doivent nécessairement varier suivant une foule de circonstances, comme l'âge, le sexe, la constitution, le tempérament, la nature de la maladie, l'habitude, etc. Cette eau étant douée d'une assez grande énergie, on conçoit que son administration a besoin d'être dirigée par un médecin instruit sur son mode d'agir et sur la manière de la prendre. La dose, qui n'est jamais guère moindre de trois ou quatre verres par jour, ne doit s'élever, dans aucun cas, au delà de quinze ou seize verres. Cependant il n'est pas rare de voir des personnes assez imprudentes, pour ne pas craindre de porter cette dose jusqu'à la quantité de huit ou dix litres par jour et même davantage. C'est surtout de la part des habitants des montagnes de l'Ardèche, de la Haute-Loire et de la Lozère, qui viennent se délasser à Vals des fatigues de la moisson, qu'on remarque cet excès d'une intempérance non moins préjudiciable que celle qui a pour abus l'objet des liqueurs alcooliques. Prise à de telles doses, cette eau détermine une violente perturbation qui s'étend à toute l'économie; elle provoque d'abondantes évacuations séreuses, bilieuses, sanguines, ainsi que des vomissements de même nature; elle donne lieu à des congestions cérébrales, pulmonaires ou abdominales; et plus d'une fois, la mort a été le résultat d'une conduite si peu conforme à l'expérience et à la raison.

C'est donc au médecin, nous le répétons, à diriger et surveiller le traitement du buveur aux eaux de Vals, à déterminer s'il convient de prendre l'eau pure, ou bien coupée avec le lait, l'eau de veau, l'eau de poulet, le petit lait, etc., ou encore édulcorée avec tel sirop ou tel autre; c'est à lui qu'il appartient de fixer le régime alimentaire le plus convenable et d'indiquer les autres moyens soit hygiéniques, soit thérapeutiques les plus propres à seconder les effets de l'eau minérale. Il est un préjugé, malheureusement trop répandu dans le peuple, et contre lequel on ne saurait trop le prémunir, en raison des conséquences funeste qu'il entraîne trop souvent; ce préjugé consiste à croire que l'action de l'eau minérale a besoin d'être rendue plus énergique, par l'addition de médicaments qui sont puisés d'ordinaire dans la classe des purgatifs et même des drastiques. C'est ainsi que, par un abus aussi monstrueux que déplorable, nous voyons chaque jour la plupart des buveurs associer hardiment et de leur propre autorité, à l'eau minérale de Vals, soit les sulfates de soude, de potasse et de magnésie, soit le jalap, l'aloès, la scammonée, etc. Aussi est-il arrivé de voir, sous l'influence d'une médication si absurde, si intempestive, des phlegmasies légères, ou même de simples névroses gastro-intestinales, prendre tout-à-coup une nouvelle intensité et déterminer bientôt l'apparition de graves accidents et la mort.

L'usage de l'eau minérale de Vals a besoin d'être continué pendant trois ou quatre semaines, si l'on veut en obtenir un effet salutaire et durable. Le choix de la saison n'est pas non plus une chose indifférente : l'usage, d'accord avec l'expérience, a décidé que l'époque la plus favorable à la cure commence vers le 15 juin, pour finir au 15 septembre. L'eau de la Chloé, comme au reste celle des autres sources minérales de Vals, n'a encore été employée, jusqu'à présent, que pour l'usage intérieur. Il n'est pas douteux cependant qu'administrée sous forme de bains, de douches, etc., elle ne puisse produire des effets propres à plusieurs maladies qui contre indiquent plus ou moins l'emploi de l'eau à une basse température. Ce qui a même empêché, jusqu'à ce jour, la création d'un établissement thermal à Vals, c'est peut-être la crainte où l'on était que son eau minérale ne fût trop sensiblement altérée dans ses propriétés chimiques et médicales, par son élévation de température au degré nécessaire pour ce mode particulier d'application. Mais nous avons vu, plus haut, que l'eau de la Chloé, chauffée à 50°, restait encore parfaitement limpide; qu'on n'y apercevait ni précipitation d'oxyde de fer, ni dépôt de carbonate de chaux; qu'après deux ou trois minutes d'ébullition, sa transparence n'était pas sensiblement altérée, etc Ces diverses expériences autorisent donc à penser que l'eau de la Chloé peut être élevée bien au delà de la température ordinaire du bain, sans éprouver aucune altération dans sa constitution chimique et, par suite, dans ses propriétés médicales. En consé-

quence, M. Ferdinand Gaucherand, qui ne recule devant aucun sacrifice d'utilité publique, a conçu la généreuse pensée de doter son pays d'un établissement thermal ; il va mettre la main à l'œuvre, et nous avons tout lieu d'espérer que, dès l'an prochain, l'eau de la Chloé, dont l'usage à l'intérieur est déjà un si puissant moyen de guérison, pourra dignement rivaliser avec les eaux de Vichy, du Mont-d'Or, etc., alors qu'elle offrira aux malades la ressource encore plus efficace, dans bien des cas, de son application à l'extérieur (1). Nous devons dire, en terminant cette notice, que le bourg de Vals, naguère et si longtemps dénué de toutes ressources pour l'étranger, possède aujourd'hui un superbe établissement, l'Hôtel de l'Europe, où rien n'a été négligé pour l'agrément, la commodité des buveurs. On y trouve des appartements meublés avec élégance et propreté; une table servie avec recherche et abondance; un cercle destiné à la lecture des journaux et aux différents jeux de société; des soins empressés pour les malades; des attentions et des prévenances pour tout le monde; un service exécuté avec intelligence, exactitude et activité; enfin tout le *confortable* qu'on est en droit d'exiger dans les établissements de ce genre les plus renommés.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CLINIQUE DE M. BOUILLAUD.

Questions générales. L'École italienne.

Il règne habituellement un très grand mouvement dans les salles de la clinique de M. Bouillaud. Cela tient, d'une part, à la forme aiguë des maladies que présentent les sujets qu'on y reçoit ; de l'autre, à l'énergie décisive du traitement qu'on leur oppose. Il en résulte des terminaisons promptes, et ces terminaisons sont généralement heureuses et franches, malgré la gravité excessive des cas auxquels on a affaire. De là, des convalescences courtes, et un renouvellement incessant de réceptions et de sorties. Oui, ce qu'on avait dit dans le temps à l'Académie, des résultats de cette clinique, savoir : que la guérison est la règle; la mort, l'exception, est une vérité que nous sommes heureux d'avoir pu constater de nos propres yeux et de pouvoir proclamer à notre tour. La formule de M. Bouillaud, pour le traitement des maladies inflammatoires aiguës, n'est pas ce qu'on se l'imagine d'après sa désignation générique de saignées coup sur coup. Il y a, dans son application, un ensemble d'éléments de calcul scientifique et clinique qui en forme une véritable méthode difficile, et qu'on ne pénètre à fond qu'après une longue observation pratique. Nous sommes certain de ne pas nous égarer à cet égard, puisque nous suivons dans ces compte-rendus le courant de la source-mère. Les faits que nous allons rapporter nous fourniront matière à des réflexions diverses.

Disons, en attendant, quelques mots sur une question de principes que nous avions touchée dans le dernier numéro, et que M. Bouillaud a bien voulu reprendre devant nous dans sa leçon du 4 mai : nous voulons parler des principes de l'École italienne. Nous n'en attendions pas moins de la loyauté connue et du caractère libéral de M. Bouillaud, et nous devons lui exprimer ici notre reconnaissance pour nous avoir permis de prendre la parole en présence des élèves, et de rétablir quelques données qui guident l'École italienne moderne.

Les Écoles de l'antiquité et des temps modernes qui se sont attachées au simple vitalisme, aux seuls éléments dynamiques, comme guide des applications cliniques, se sont égarées, à dit M. Bouillaud ; car leur strictum et laxum, leur dualisme, leur dichotomie pathologique et thérapeutique n'est qu'un faible élément, souvent inappréciable, en présence des produits matériels, des altérations physiques qui accompagnent le travail morbide et qui sont seuls certains, constatables, attaquables avec sûreté. Les Écoles de Brown, de Broussais, de Rasori n'offrent pas, d'après M. Bouillaud, de différences capitales au fond, puisqu'elles ne sont pas sorties de ce dualisme plus ou moins modifié.

Aux travaux de nos jours revient donc l'honneur d'avoir fait sortir la médecine de cette ornière du vitalisme pur, pour la placer sur le champ des conditions physiques des maladies, ce qui lui donne le caractère des sciences exactes. Prenant ensuite pour exemples l'inflammation, en particulier, le rhumatisme et la pneumonie; et d'autre part, les altérations que présente le sang dans les affections typhiques, dans le scorbut, dans la chlorose, M. Bouillaud a fait voir que la base fondamentale du critérium clinique repose, de nos jours, sur la caractérisation de ces altérations physiques à l'aide des moyens nouveaux d'investigation dont l'art s'est enrichi depuis peu; et c'est aussi ce qui donne à la médecine moderne tant de supériorité sur l'ancienne ; supériorité, avantages immenses dont on est naturellement privé tant qu'on ne s'attache qu'à l'état insaisissable de la vitalité, des forces dynamiques vivantes, ainsi que l'ont fait les partisans des systèmes ci-dessus. — Dans cette improvisation si lucide, M. Bouillaud a déclaré incidemment qu'il n'admettait pas la doctrine des révulsions dans le sens reçu, mais qu'on ne pouvait cependant pas méconnaître les effets patents des vésicatoires ; que Broussais s'était trompé en regardant le scorbut comme une maladie de faiblesse, puisqu'on trouve chez les scorbutiques des anévrysmes internes, des altérations aux valvules du cœur ; que le sang était incontestablement malade dans beaucoup d'affections ; que la chlorose ne pou-

(1) L'eau chauffée à 60, 75, 80 degrés, et même au delà, perd une assez grande partie de son acide carbonique ; mais les essais que j'ai faits à cet égard démontrent qu'il en reste suffisamment pour retenir en solution (à l'état de bi-carbonate) le carbonate de fer, le carbonate de chaux et le carbonate de magnésie, lesquels ne se précipitent que par l'ébullition de ce liquide. Le bi-carbonate de soude reste également sans altération, car il n'est décomposable que par la chaleur de l'eau bouillante. L'eau de la nouvelle source de Vals, employée pour bain, reste donc, après avoir été suffisamment chauffée, une eau alcaline tout à fait analogue à l'eau de Vichy. (Alph. D.)

vait être considérée comme une artérite, ainsi que le voulait l'École italienne, etc. Nous ne reproduisons ici que les points cardinaux de l'habile argumentation de M. Bouillaud.

Voici maintenant les éclaircissements que nous avons donnés, concernant la médecine italienne, dans la courte réponse que M. Bouillaud a bien voulu nous permettre de faire dans l'intérêt de la science. M. Bouillaud a, avec raison, taxé d'insuffisance et de pauvreté déplorable et dangereuse, toute médecine qui n'aurait d'autre base de ses critérium cliniques que le dualisme dynamique; et ce n'est pas nous assurément qui nous serions rendu le défenseur de l'École italienne, si cette École n'avait rien de mieux à produire qu'une sorte de Brownisme renversé, comme on l'a soutenu avec malveillance, dans une thèse récente d'agrégation à la Faculté de Paris (Thèse de M. Roger). Heureusement, nous pouvons honorer l'École italienne en invoquant ses propres travaux de plusieurs genres, travaux originaux qui portent l'empreinte du génie, et qui ne sont pas encore malheureusement connus dans la grande métropole des sciences exactes. Et d'abord, pour la partie pathologique, nous devons faire remarquer que c'est à tort qu'on englobe communément les travaux fondamentaux de l'École italienne dans le système suranné du strictum et laxum.

L'École italienne moderne est essentiellement solidiste, localisatrice et physiologique, depuis une époque bien antérieure à celle de Broussais (car Broussais lui-même, auquel la France vient d'élever, avec raison, un monument impérissable, n'a puisé les premières inspirations de son génie que dans les Écoles de la péninsule italienne); et elle marche dans la même voie en mettant à contribution tous les moyens physiques d'exploration que suggèrent les progrès journaliers de la science. Elle admet dans chaque maladie un état fondamental qu'elle appelle : *condition pathologique*, c'est-à-dire essence, nature, fond. La condition pathologique se compose elle-même de deux éléments différents, savoir, de la condition dynamique et de la condition mécanique ou matérielle. Cette dernière embrasse précisément les altérations physiques ou les produits matériels, appréciables sur le vivant, par des moyens divers d'investigation, et sur le cadavre, à l'aide du bistouri. Cela repond précisément à la partie physique, à la partie positive, *exacte*, ainsi que l'appelle avec raison M. Bouillaud. L'on voit, par conséquent, que, dans l'étude des maladies, l'École italienne ne se contente pas de l'examen scrupuleux de leur condition physique; elle va au delà et remonte en même temps jusqu'à la condition dynamique, ce qui est un élément de plus dans le critérium clinique: car l'altération mécanique n'est qu'un effet de lésions dynamiques, et elle produit elle-même des phénomènes réactionels qui se rattachent toujours à un certain désordre dynamique.

Ainsi, par exemple, soit, si l'on veut, une métrite chronique, caractérisée par une leucorrhée puriforme, un gonflement douloureux à l'hypogastre, chaleur vaginale, etc.; il y a là, sans doute, des conditions physiques qui frappent nos sens, et il faut d'abord en tenir compte (gonflement, écoulement, chaleur, etc.); mais il y a aussi autre chose au fond qui est la source de ces conditions, qui détermine la congestion, qui exagère la sensibilité et la chaleur, qui donne lieu à l'écoulement, etc. : c'est là ce qui constitue la condition dynamique. Cela ne veut pas dire que, pour combattre l'état physique des maladies, l'École italienne ne base ses prescriptions que sur le seul état dynamique; elle tient compte de tout, au contraire, et l'on voit que la partie dynamique n'est qu'un simple élément dans les questions du diagnostic et du traitement. La saignée elle-même, que M. Bouillaud sait si efficacement et prudemment manier, n'est pour l'École italienne qu'un remède mécanico-dynamique qu'elle a; la première, *abondamment* employé, peut-être même avec excès; mais elle s'est convaincue que la saignée est insuffisante dans beaucoup de maladies inflammatoires, et elle est heureuse de pouvoir souvent associer aux évacuations sanguines des remèdes purement dynamiques, qu'elle a appris à manier d'après une longue expérience qui lui est propre.

On se récrie en France contre cette dernière pratique, parce qu'on ne la connaît pas assez, ou on ne l'a pas toujours appliquée convenablement. On fait des mélanges singuliers; on fait entrer l'opium partout; on donne quelquefois de l'oxyde d'antimoine, c'est-à-dire la plus mauvaise préparation antimoniale, dans la pneumonie, et l'on ajoute le sirop de diacode; l'on se prive même alors de l'avantage des saignées modérées, comme s'il s'agissait d'un remède secret ou infaillible, etc.!

Prenons un autre exemple bien tranché sur lequel il ne puisse y avoir contestation. Soit une inflammation externe, un phlegmon, une ophthalmie avec chémosis. Les conditions physiques sont manifestes (congestion, épanchement; et par suite, gonflement, chaleur); la tension, la douleur ainsi que la chaleur sont bien, si l'on veut, des effets de l'action physique, de la congestion; mais ils se rattachent aussi essentiellement, à des conditions dynamiques, à une manière d'être particulière, anormale, des forces organiques. Il est évident aussi que la congestion elle-même, qui constitue le début extrinsèque, manifeste à nos sens, de l'affection, se rattache à une lésion du rhythme fonctionel des propriétés vitales ou des forces organiques; et cette lésion, bien que de courte durée, n'est que trop manifeste généralement. C'est ce qui constitue la période dite d'invasion ou d'incubation. Ce malaise que le patient accuse avant la déclaration d'une variole, d'une pneumonie, d'une fièvre typhoïde, d'une syphilis primitive, n'est en réalité autre chose qu'un travail dynamique qui conduit à des altérations matérielles, à des produits mécaniques, appréciables par des moyens physiques.

Sans doute qu'à l'examen de la maladie déjà formée on n'est frappé que des lésions physiques; mais, tout en tenant compte de ces lésions, nous nous

élevons jusqu'à la condition primitive; et cela est indispensable, car l'on a beau combattre l'altération physique, le mal persiste, se reproduit, tant que l'on ne ramène pas la condition dynamique à son rhythme fonctionel, normal. Que l'on vide, en effet, le sang d'un chémosis, le pus d'un hypopion, la sérosité d'une péritonite, d'une pleurésie, etc. : on n'a rien fait tant que, par des moyens hyposthénisants dynamiques, on n'aura rempli l'indication fondamentale, mis les tissus dans la condition voulue pour pouvoir exercer leur fonction d'absorption. Comment pourrait-on, en effet, sans cela, appréeier à leur juste valeur les conditions physiques des maladies? N'y a-t-il pas des épanchements passifs, des convulsions asthéniques, un subdélirium hyposthénique, etc.? Comment reconnaître la nature de ces phénomènes physiques sans remonter à leurs conditions dynamiques? Voilà pour la question générale.

Viennent maintenant les questions particulières à propos de chaque maladie, et ici des différences considérables peuvent se présenter selon les cas. Ainsi, par exemple, l'altération du sang dans les maladies constitue, pour l'École italienne, un fait important, mais secondaire; c'est là pour elle un effet d'une autre maladie dont la source est dans les solides, généralement dans les vaisseaux. Elle localise, comme on le voit, la source de cette altération et s'efforce de démontrer la condition matérielle de ce travail dégénérateur par tous les moyens physico-physiologiques que la science met à sa disposition. C'est déjà faire comprendre qu'elle n'admet pas les maladies primitives du sang, si ce n'est dans les empoisonnements; encore, dans ces cas, l'altération ne reste isolée dans le sang qu'aux premiers instants de l'absorption, les solides étant affectés aussitôt après, et ce sont eux qui réagissent morbidement. Sans doute que le sang est un produit vivant, ainsi que le dit avec raison M. Bouillaud, mais ce produit vit sous la dépendance des solides qui le forment; il ne constitue pas un organe, pour s'affecter isolément. Son rôle véritable étant de servir de stimulus intérieur, il est modifié à chaque instant par les organes eux-mêmes, dont il entretient le rhythme fonctionel.

Aussi, dans le scorbut, dans la chlorose, dans le typhus, l'état du sang n'est, pour l'École italienne, qu'une des conditions matérielles secondaires, dont il faut sans doute tenir compte, mais qui ne constitue pas la maladie elle-même; c'est ailleurs qu'elle cherche la condition pathologique, et elle la trouve dans le système veineux pour le scorbut, dans le système artériel pour la chlorose. Ceci peut sembler théorique, étrange même, aux personnes imbues d'autres idées. On trouvera sans doute bizarre que le scorbut soit une phlébite lente générale, et la chlorose une subphlogose artérielle, parce qu'on s'en laisse imposer par certaines apparences et l'on prend l'effet pour la cause; nous aurons cependant l'occasion d'aborder directement ces questions, et nous verrons si les prétendues maladies humorales sont raisonnablement soutenables dans l'état actuel de la science.

Disons seulement, en attendant, que tandis que dans les maladies inflammatoires aiguës l'altération du sang (caillot, couenne, sérum, etc.) est considérée dans les Écoles à son véritable point de vue, c'est-à-dire, comme un effet de l'inflammation elle-même des solides, on se jette dans un système opposé à l'occasion d'autres maladies (scorbut, chlorose, fièvre typhoïde, etc.), ce qui ne paraît guère compréhensible, du moins à notre faible logique.

Les mêmes principes de localisation, de matérialisation, sont professés par l'École italienne à l'égard des fièvres intermittentes, du rhumatisme, et de toutes les maladies bien connues. L'helmenthiasis elle-même (vermination intestinale), à laquelle on attribue des propriétés si étranges de produire des symptômes cérébraux fort graves, des convulsions, etc., n'est également pour cette École qu'un phénomène d'autres conditions morbides qu'il faut chercher dans les organes. Encore ici, on prend l'effet pour la cause, et cette cause n'est pas seulement dans un trouble des forces organiques, elle est localisée, matérialisée, et constitue un véritable travail physico-pathologique. Pour ce qui est enfin de la doctrine des révulsions qui joue un si grand rôle dans la médecine du jour, l'École italienne la traite de chimère, de vieux reliquat de la médecine humorale des temps barbares. Les maladies ne se révulsionnent pas, en effet, comme des courants électriques ou de chaleur, et l'on ne fait pas venir une maladie du fond de l'organisme au dehors, comme un Terre-Neuve par un coup de sifflet du milieu d'une meute.

Quand un convalescent de pneumonie ou d'épanchement pleurétique, par exemple, est pris de variole ou d'érysipèle, c'est-à-dire de phlogose cutanée, ce que l'on a à craindre, c'est le retour de la maladie primitive, et l'on serait dans une fâcheuse sécurité si l'on regardait l'éruption comme une condition heureuse, par la présomption de son action révulsive. Aussi sommes-nous bien aise d'avoir mis en relief les paroles de M. Bouillaud, sur sa protestation contre cette doctrine.

Disons cependant que, quant à l'action des vésicatoires, l'École italienne la regarde comme complexe, bien que hyposthénisante au fond. D'une part, il y a là évacuation d'une certaine quantité de sérum, ce qui équivaut à une petite saignée; de l'autre, il y a pénétration profonde de la cantharide, absorption dans les tissus environnants, intoxication, pour ainsi dire, des tissus malades, et par là aussi action dynamique. Or, cette action est hyposthénisante, ainsi que cela résulte des études générales sur la cantharide. En d'autres termes, le vésicatoire est un excellent antiphlogistique, mais son action ne prouve nullement la révulsion. Aussi faudra-t-il se garder bien de l'employer ailleurs que dans les maladies d'excitation, et l'on se tromperait si l'on croyait qu'une vésication produite par l'eau bouillante pourrait remplacer celle de la cantharide. Il ne s'agit donc pas ici de simples questions de doctrine, comme on se l'imagine communément.

L'on voit par là que quand M. le docteur Roger a représenté l'École italienne comme le pendant de certains pantins de laboratoire, qui jouent aux poisons sur l'organisme vivant, en ouvrant et en fermant des robinets, a plutôt fait preuve d'ignorance ou de mauvais..., que d'un noble sentiment de justice.

A côté de ces questions, il s'en présente une foule d'autres plus importantes encore; elles sont relatives à l'action des médicaments. Ici, les dissidences sont bien autrement tranchées, et l'on peut dire avec justice que l'École italienne s'est ouvert, par ses propres efforts, un immense horizon de faits nouveaux, d'où jaillissent des lumières d'une très grande portée. C'est ici surtout que nous ne craignons pas de comparer Rasori à Colomb; Tomassini à Gioïa; Borda et Del-Chiappa à Galvani; Giacomini à Volta, etc. Quelques personnes se plaisent à répéter que deux des médecins éminents de l'Italie, MM. Buffalini et Puccinotti, ne suivent pas les errements de l'École que nous soute-

nons. Nous dirons que nos contradicteurs ont mal compris l'enseignement de ces deux grands cliniciens. On nous verra à l'épreuve dans des compte-rendus des cliniques italiennes que nous espérons pouvoir donner.

Rhumatisme articulaire aigu avec endocardite. *Cas grave. Saignées coup sur coup. Guérison.* — Au numéro 22 de la salle Saint-Jean-de-Dieu est couché le nommé Sancheret, âgé de 38 ans, blanchisseur, demeurant à Saint-Cloud, né à Boulogne, malade depuis 8 jours, entré le 3 avril 1845. Constitution peu forte; tempérament lymphatique. Il y a sept ans, il a eu un rhumatisme articulaire aigu, avec fièvre, douleurs et gonflement des articulations, surtout aux genoux, aux coudes et aux épaules, et impossibilité d'exécuter le moindre mouvement. Il fut traité au moyen de frictions camphrées. Il resta au lit pendant deux mois. Il est sujet aux palpitations de cœur quand il marche vite. Il n'est pas sujet aux rhumes. — Il y a huit jours qu'il fut pris de douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes qui ne tardèrent pas à se gonfler. Successivement, les deux genoux se sont pris et les coudes aussi; fièvre assez vive, avec impossibilité des mouvements. Il est alité depuis le début de la maladie. Pour traitement, on lui avait fait prendre chez lui quelques pilules dont il ignore la composition. Aucune douleur dans la poitrine; pas de toux; pas d'expectoration. Il attribue sa maladie à un refroidissement. Il est venu en voiture à l'hôpital.

État actuel. — Moiteur générale. Peau chaude. Température abdominale à 39° C. Pouls à 88—92, plein, non redoublé. Les genoux et les articulations tibio-tarsiennes sont gonflés, sans douleurs bien marquées. Les coudes et les épaules sont douloureux; le coude gauche est gonflé. Les deux poignets présentent un gonflement considérable et sont vivement douloureux au moindre mouvement. Les veines dorsales des mains sont turgescentes. Larges roséoles rhumatismales sur les poignets. Les articulations phalangiennes de la main droite sont douloureuses. — Le cœur donne à peine à la percussion une matité plus considérable. Pas de murmure. Battements réguliers. L'oreille appliquée à la région précordiale perçoit un souffle rude et rapeux au premier temps qu'il n'absorbe pas complètement. Ce souffle est assez fort à la pointe et devient moins fort en montant vers la base, mais il disparaît tout à fait vers l'aorte sous-sternale. Le second bruit est un peu sourd, mais sans souffle. Pas de souffle dans les carotides. — Auscultation et percussion : résonnance et respiration bonnes partout. Rien de notable aux organes digestifs.

Diagnostic, ut supra. — Prescription : *saignée* de trois palettes. Cataplasmes. — Le 4 avril, jour de l'examen à la clinique, le sang d'hier offre un caillot rétracté couvert d'une couënne dense, résistante, franchement inflammatoire. Pouls à 84—88. Le malade se sent soulagé, surtout des douleurs du bras droit. La main droite est moins rouge, mais gonflée avec turgescence des veines. — Battements du cœur superficiels. La matité est un peu plus étendue qu'à l'état normal. Persistance du souffle rapeux au premier temps, diminuant à mesure que l'on s'éloigne de la pointe du cœur; il disparaît à peu près à partir de l'orifice aortique. Les deux claquements sont bien distincts: le premier est masqué un peu par le souffle; aucune intermittence ni irrégularité. Le reste comme la veille. — Prescription : *saignée* de trois palettes, à répéter le soir. *Ventouses* scarifiées à la région précordiale, trois palettes. Cataplasmes. Pour boisson, solution de sirop de gomme; julep. Diète.

Le 5 avril. Le caillot de la première saignée de la veille est rétracté, couvert d'une couenne épaisse, retroussée sur les bords. Caillot de la seconde saignée moins retracté; la couenne est dense et très épaisse. La sérosité du sang obtenu par les ventouses n'est pas rouge; mais les caillots des rondelles des ventouses forment une masse glutineuse, rouge. Le malade se sent très soulagé. Les mouvements sont plus libres dans les articulations. Le gonflement des poignets a disparu, ainsi que la turgescence des veines. Chaleur modérée avec moiteur. Pouls à 86, bien développé, parfaitement détaché, régulier, assez dur. Résonnance de la région précordiale dans les limites sensiblement normales. Souffle de la région précordiale notablement diminué, mais très caractérisé encore. Le deuxième bruit du cœur est bien frappé. Impulsion du cœur moindre. Pas de souffle dans les carotides. — Prescription : *saignée* conditionnelle, c'est-à-dire à pratiquer le soir, si le mieux n'est pas progressif; *vésicatoire* à la région précordiale. Boisson *ut supra.* Diète.

Le 6, la saignée conditionnelle a été pratiquée hier soir; elle a été de trois palettes. Le caillot est rétracté et retroussé en champignon, avec une couenne dense, épaisse, consistante et supportant facilement le poids du caillot. Ce dernier est d'une bonne consistance. Le malade a bien dormi la nuit dernière. Pas de douleurs nulle part, excepté dans les doigts de la main gauche. Mouvements libres de toutes les articulations. Le premier bruit du cœur est accompagné d'un léger souffle rude, perdant une grande partie de sa rudesse vers la base et dans le trajet de l'aorte sousternale où il y a un peu de souffle anémique. Léger souffle intermittent dans les carotides. Pouls à 72. — Prescription : boissons *ut supra.* Diète. — Le 7, le malade se trouve assez bien. Les mains sont libres, ainsi que toutes les autres articulations. Expression du visage normale. Chaleur normale. Pouls à 68. Cœur, un très-léger souffle au premier temps. — Prescription : boissons *ut supra.* Un bouillon. Commencement de la convalescence. — Le 8, le malade va de mieux en mieux. Pouls à 64. Convalescence confirmée. — Prescription : deux bouillon, deux potages. — Le 10 avril, pouls à 60. Mieux progressif. Aliments : une portion. — Le 12 avril, pouls à 52-56. Aliments : deux portions. — Le 20 avril, sorti *guéri.* (Rédaction officielle de M. Typaldos, sous la dictée de M. Bouillaud, au lit du malade.)

— En résumant ce beau fait clinique, on trouve une affection rhumatismale générale, grave, avec fièvre, avec complication d'une affection inflammatoire au cœur, guérie en 15 jours à l'aide de 5 saignées, dont les 4 premières en 24 heures, la cinquième 24 heures plus tard; total du sang tiré, 15 palettes en 48 heures, c'est-à-dire 1,800 gram. (60 onces). On a dû remarquer que la maladie a cédé avec une promptitude remarquable, et qu'elle a été pour ainsi dire ébranlée, puis déroutée par les coups rudes et redoublés de la médication. Il a été évident pour nous comme pour d'autres qui ont suivi ce malade, que maniée de la sorte, avec une surveillance aussi éclairée et attentive, la saignée acquiert la valeur d'une arme puissante et sûre. On pourrait peut-être s'effrayer, au premier aspect, de voir tirer 12 palettes de sang en 24 heures, ou 15 palettes en 48 heures. Cependant, notez bien comment les choses se passent : le soir de l'entrée, le premier aide l'examine et rédige les premières notes; il pratique une première saignée qu'on pourrait appeler d'urgence ou temporisatrice; le malade n'est vu

par le professeur que le lendemain; cette saignée n'ayant qu'une puissance inférieure à celle du mal, celui-ci continue dans sa marche ascendante ; la saignée reste donc comme perdue. La véritable médication énergique ne commence par conséquent que le jour des 3 saignées : c'est là le coup décisif qui lui fait de suite rebrousser chemin. Par la suite, il s'agit de surveiller le mal et d'entretenir les bienfaits de la médication à l'aide d'une nouvelle saignée au besoin et de vésicatoires. La diète est poussée de rigueur jusqu'au déclin bien franc de l'affection. Dans des cas de ce genre on tire communément, dans l'espace de quinze jours, le double de sang sans guérir le malade, faute de cette action accumulée, énergique, concentrée dans un petit nombre d'heures. Il n'y aurait sans doute pas d'inconvénient à suivre la pratique commune des saignées plus éloignées, si, tout en doublant la quantité du sang, on guérissait franchement en définitive ; mais ici il y a péril dans la demeure, par la raison que dans ces entrefaites la maladie du cœur passe à l'état organique, et il en résulte des infirmités graves. L'un des grands avantages de la formule de M. Bouillaud est donc de prévenir les maladies chroniques qui succèdent si souvent aux maladies aiguës, et l'on voit au surplus que c'est en tirant moins de sang au total.

Retournons maintenant la médaille et plaçons-nous au point de vue critique; c'est là aussi notre devoir d'historien. Tant que le patient est dans les conditions de tolérer les saignées, rien de mieux assurément que la méthode de M. Bouillaud ; mais supposons chez le malade précédent une récidive durant la convalescence, ainsi que cela se voit de temps en temps : que fera-t-on ? Evidemment la méthode est inapplicable, il y a intolérance pour les saignées que M. Bouillaud appelle *suffisantes* ; ce praticien le reconnaît lui-même, il pose le cas à sa clinique et il avoue que dans cette occurence le malade succombe le plus souvent. C'est là ce que M. Bouillaud regarde comme un cas exceptionnel. Un autre cas exceptionnel est quand le patient est primitivement anémique. Dans ces circonstances la formule des *saignées suffisantes, coup sur coup*, n'est pas applicable. On vient de voir, en effet, chez le malade précédent, l'existence du souffle anémique après la cinquième saignée ; on était donc sur la dernière limite. Il y a conséquemment dans l'application de la formule ce que les avocats appellent : *prescription*. C'est précisément la limite de cette prescription que nous désirons examiner. Nous le demandons : faut-il dans ces cas rester spectateur de la mort, ou bien avoir recours à des hypothénisants dynamiques, cardiaco-vasculaires (tartre stibié, sulfate de quinine, nitrate de potasse, eau cohobée de laurier-cerise, etc.) ? La logique répond affirmativement d'après les faits cliniques incontestables. M. Bouillaud nie ces faits, il les taxe d'erreur et les rejette avec dédain. Comme nous avons été témoin oculaire et acteur dans ces mêmes faits, il nous est impossible d'accepter la fin de non-recevoir de M. Bouillaud. Nous nous voyons par conséquent dans la nécessité d'en appeler à l'expérience et d'entamer en même temps une discussion contradictoire dans l'intérêt de la thérapeutique. Nous nous contentons pour le moment d'avoir posé le cas, à l'occasion du fait ci-dessus ; nous entrerons en matière à propos de l'observation suivante. Nous choisissons à dessein cette observation suivie d'autopsie, au milieu de plusieurs autres faits de même espèce que nous avons devant nous et dans lesquels la formule de M. Bouillaud a donné les plus heureux résultats.

Pleuropneumonie de la moitié supérieure gauche, *au second degré. Inapplication de la formule. Autopsie.* — Au n° 4 de la salle Sainte-Madeleine est couchée une vieille femme nommée Vavasseur, âgée de 74 ans, constitution chétive, tempérament lymphatico-sanguin ; entrée le 17 avril 1845 ; sans profession, demeurant place Dauphine, 13, malade depuis trois jours. Ses réponses étant incohérentes, on ne peut obtenir des renseignements précis sur les antécédents. Cependant M. le docteur Lemaire, qui envoya la malade à l'hôpital, a pu fournir les détails suivants. Elle a fait autrefois plusieurs maladies. Elle a eu douze enfants, et ses couches ont été heureuses. Cessée d'être réglée à l'âge de 44 ans. Il y a trois jours, elle a été prise, sans causes appréciables, d'une douleur assez forte dans le côté gauche de la poitrine, avec fièvre, gêne de la respiration, et toux forte sans expectoration. Alitée depuis le début. Aucun traitement n'a été fait. M. le docteur Lemaire, consulté pour la première fois aujourd'hui, l'a fait envoyer à l'hôpital.

État actuel. — Prostration, visage animé aux pommettes, gêne de la respiration, 40 inspirations par minute; toux fréquente, petite et grasse ; expectoration difficile; un seul crachat visqueux, demi-transparent, jaunâtre. Température abdominale à 38° 1/2 C. Pouls à 104-108, passablement développé. Poitrine : résonnance bonne en avant des deux côtés ; un peu de ronchus grave. En arrière, résonnance bonne à droite, ainsi que la respiration. A gauche, résonnance faible depuis le sommet jusqu'à la partie inférieure de la fosse sous-épineuse ; bonne dans tout le reste du poumon. Dans tout ce rayon de la matité, l'auscultation accuse un souffle bronchique double sans crépitation, avec rétentissement bronchophonique de la voix. La respiration est puérile dans le reste du poumon. — La matité du cœur est plus que normale ; la pointe bat dans le cinquième espace intercostal élargi, au niveau du mamelon. Les battements du cœur sont forts. Le premier bruit est fort et sourd sans souffle notable. Le deuxième bruit est mat, frappé, mais sans souffle. Langue sèche, ventre souple, sans gargouillement. — *Diagnostic* : pleuropneumonie au deuxième degré dans la moitié supérieure du poumon gauche, avec délire, chez une femme âgée de 74 ans. — Prescription : saignée de trois palettes, sinapismes aux membres.

Le lendemain, 18 avril, jour de l'examen en présence des élèves : pas d'expectoration ; visage animé, persistance de la douleur et de l'oppression ; peau très chaude, pouls à 114-116, bien développé, assez résistant, non redoublé ; respiration à 36-40 ; persistance d'un souffle très fort, comme si la malade soufflait dans l'oreille, pendant l'expiration surtout, dans la région des fosses sus et sous-épineuses gauches, avec matité. Plus bas, le souffle disparaît et la respiration y est mêlée d'une crépitation humide. — Résonnance et respiration bonne à droite (le cœur n'a pas été examiné). — Le caillot de la saignée d'hier est partout adhérent au vase, sans couenne, formé de plusieurs couches superposées ; sa

consistance est d'ailleurs assez bonne. La saignée avait coulé très péniblement. Prescription : saignée immédiatement de trois palettes. Cette saignée, pratiquée à l'instant, ne fournit que très difficilement du sang, et sulement par la pression une seule palette en a été obtenue. Ventouses scarifiées sur la partie postérieure et supérieure de la poitrine, trois palettes; vésicatoire; boissons adoucissantes; diète.

Le 19, le caillot de la saignée pratiquée au moment de la visite d'hier adhère au vase, sans couenne. Les rondelles des ventouses réunies forment une seule masse glutineuse; leur sérosité est rougie. La malade paraît se trouver un peu mieux, mais elle s'occupe de la douleur du vésicatoire. Point de crachats, visage moins animé, chaleur modérée, pouls à 92-96, très développé encore, régulier. Quelques paroles incohérentes et brusques; elle parle seule. Respiration à 28-32; persistance du souffle dans toute la région du scapulum gauche, moins marqué que la veille. Quelques bulles de crépitation seulement; langue aride, desséchée, d'un rouge vif, surtout à sa pointe. Prescription : sinapismes aux membres, cataplasmes, boissons gomm., julep. — Le 20, la malade a été assez calme, visage moins animé, toux grasse, sans expectoration; le pouls s'est rapetissé et donne 96 par minute, très faible. Langue moins sèche et rouge qu'hier. Sinapismes, boissons, *id;* bouillon. — Morte le 11 à 6 heures du matin.

Autopsie, 26 heures après le décès. Rien de bien notable pour l'extérieur. — *Cavité thoracique.* Point d'épanchement dans les cavités pleurales. Le poumon droit est parfaitement sain. Quelques adhérences au sommet du poumon gauche. Le lobe supérieur de ce poumon présente tous les caractères d'hépatisation grise; on peut le couper par tranches comme le foie, et par le raclement on obtient un liquide ayant tout à fait l'aspect du pus. Son tissu est ramolli, se déchire seulement par pression. La partie supérieure et latérale du lobe inférieur est engouée; rien à la partie la plus basse. — *Organes circulatoires.* Le cœur est un peu plus volumineux qu'à l'état normal, globuleux. Les parois du ventricule gauche sont plus épaisses, sans dilatation de la cavité. La valvule mitrale est opaline et plus épaisse qu'à l'état normal. Pas d'insuffisance des valvules sigmoïdes; car l'eau versée par l'aorte a reflué. Deux des valvules sigmoïdes sont adhérentes par l'extrémité de leur bord libre au moyen d'une matière fibro-cartilagineuse polie. Rien de notable dans les cavités et les valvules droites. — *Cavité abdominale.* Pas d'épanchement dans la cavité du péritoine. Rien de notable pour l'estomac et le tube digestif, ni pour le foie, la rate et les reins. Un peu de sérosité limpide à la base du cerveau. Rien de notable pour les membranes et la substance cérébrale elle-même (Rédac. offic. de M. Typaldos).

— Hâtons-nous de faire remarquer d'abord que, dans ce fait, la formule des saignées n'a point été appliquée, vu l'âge avancé du sujet et la difficulté de tirer du sang. Ce cas est le seul, avec un autre dont nous parlerons plus bas, qui se soit terminé par la mort parmi les nombreux malades qu'on a traités à la clinique depuis le commencement de l'année, à ce qu'on nous a dit. On voit si rarement ces terminaisons à la clinique de M. Bouillaud que nous nous sommes empressé de les mettre en évidence. Ces préliminaires étaient indispensables pour prévenir toute interprétation malveillante. Reprenons maintenant la question des remèdes dynamiques.

Ainsi, voilà un fait dans lequel on n'a pu saigner, faute d'étoffe suffisante, ou parce que le sang ne coulait pas de la veine. Le mal n'était qu'au troisième jour quand on a pratiqué les deux saignées, et l'on a dû rester péniblement spectateur d'une mort certaine qui s'est accomplie quatre jours après. M. Bouillaud a discuté lui-même l'opportunité du tartre stibié, et il l'a résolue négativement. Ce remède ne fait que du mal, selon lui; il fatigue considérablement les malades par les vomissements et les garde-robes qu'il provoque; il n'a jamais guéri une pneumonie; les faits qu'on a publiés en sa faveur sont contestables, et l'on peut dire, ajoute-t-il, que tartre stibié et extrême-onction sont synonymes. On a vu naguère un journal, ordinairement surchargé d'articles de bas étage, et qu'on débite dans tous les hameaux comme une marchandise sublime, au son des fanfares de certaine coterie des journalistes, le *Bulletin de thérapeutique*, colporter un factum du professeur Forget, de Strasbourg, sur le même sujet. Les blasphèmes y étaient semés en si grande abondance, qu'on pouvait se croire en présence des pages des Mystères de Paris, et les erreurs étaient innombrables! On ne relève pas des écrits imprégnés d'une atmosphère d'hypochondrie; il en est autrement cependant des paroles d'un homme éminent dont les observations portent l'empreinte de l'indépendance. Ce n'est pas nous qui reculerons jamais devant une critique digne de la science.

Il existe, et il s'est passé sous nos yeux tant de faits parlant en faveur du tartre stibié depuis 40 ans, dans deux générations de cliniciens éminents en Italie et ailleurs, que nous avons dû chercher la source de l'opinion défavorable que professe M. Bouillaud. Cette source, nous croyons l'avoir trouvée dans l'administration défectueuse du médicament, et dans l'absence des données fondamentales qui doivent présider à la surveillance de ses effets. Pour tirer de ce médicament tout le parti possible, il faut le donner à l'état soluble (pas l'oxyde d'antimoine), sans mélange d'opium ou de sirop de diacode qui en neutralise les effets, le combiner aux saignées *dès le début de la maladie*, le combiner même, dans certains cas, aux autres hyposthénisants que nous venons d'indiquer, et surveiller attentivemont la tolérance, d'après les grandes lois rasoriennes, pour régler les doses au point convenable. On aura ainsi l'avantage d'entretenir, de prolonger, par l'action hyposthénisante vasculaire du médicament, les effets de la saignée, et l'on obtiendra avec un petit nombre de saignées, ou même sans cela dans certains cas, comme le précédent, les mêmes résultats que par les saignées seules répétées un grand nombre de fois. Or, malheureusement, M. Bouillaud n'a recours qu'à une *ombre* de médicament et vers les derniers moments de la vie seulement, alors que les saignées ont été déjà essayées seules et sans succès. C'est alors une extrême-onction inutile, et l'on peut en dire autant de tout autre moyen; car les saignées elles-mêmes appliquées trop tard ne font que hâter la mort (cas exceptionnel de M. Bouillaud). La question expérimentale aurait donc besoin d'être reprise à son véritable point de vue, à la clinique même

dont nous parlons, et nous avons la certitude que les résultats donneront de la force et de l'étendue à l'importante formule de M. Bouillaud, puisque les hyposthénisants dynamiques la rendront également applicable aux cas que le professeur appelle exceptionnels : *vis unita fortior*. Nous reviendrons sur cet important sujet. Donnons, en attendant, quelques faits où la médication de la Charité ressorte avec tous ses avantages, malgré la gravité des circonstances.

Pleuropneumonie de toute la moitié gauche, *surtout de la moitié supérieure, au 2e degré. Puis, idem au poumon droit. Casus gravissimus. Guérison.* — Au n° 16 de la salle St-Jean-de-Dieu est couché le nommé Serrier, âgé de 32 ans, valet de chambre, habitant rue de Lille, malade depuis huit jours, à la suite d'un rhume mal guéri; entré le 8 mars 1845. Constitution faible; tempérament lymphatique. Il a eu précédemment deux fluxions de poitrine à gauche, caractérisées par de la fièvre, de la gêne dans la respiration, un point de côté, de la toux avec expectoration sanguinolente. Il a eu une bronchite dans le mois de décembre 1844, pour laquelle il n'a pas gardé le lit, et qui se prolonge jusqu'à ce jour, avec amaigrissement et faiblesse du sujet. Il n'a jamais craché beaucoup de sang, mais il est sujet à s'enrhumer tous les hivers. Il n'est pas sujet aux palpitations. — Il y a huit jours qu'il fut pris d'une douleur vive dans la région axillaire gauche, se prolongeant en bas avec une gêne de la respiration. La douleur augmente par les mouvements respiratoires. Toux fréquente avec expectoration blanchâtre. Quelques frissons suivis de fièvre intense. Céphalalgie et courbature générale. — Les jours suivants, ces phénomènes prirent plus d'intensité et l'expectoration est devenue jaunâtre. Il s'est alité depuis le début Pour traitement chez lui, il a pris de la tisane de guimauve avec du sirop de capillaire, et il s'est tenu à une diète absolue. — Il ignore la cause de sa maladie; il dit pourtant s'être très souvent exposé au froid, ayant chaud ces derniers jours. Il est venu en voiture à l'hôpital.

Etat actuel.—Visage et habitude extérieure anémiques. Léger abattement. Chaleur de la peau assez élevée. Pouls à 100-104, plein, non redoublé. Respiration à 32. Toux peu fréquente, avec expectoration de trois crachats albumineux, dont un présente, en ce moment, une légère teinte rouillée. Percussion et auscultation : résonnance bonne en avant des deux côtés; respiration bonne à gauche. A droite, vers le sommet, la respiration est rude et l'expiration prolongée. En arrière, résonnance et respiration bonnes à droite. A gauche, résonnance faible dans la fosse sus-épineuse. Matité depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas et latéralement. Dans toute la région de la matité, murmure vésiculaire nul. Souffle bronchique double vers l'angle inférieur de l'omoplate et dans la région axillaire, avec crépitation fine et sèche dans tous les autres points autour du souffle. Rétentissement bronchophonique de la voix. Le malade accuse sa douleur de la difficulté qu'il éprouve à respirer.— Matité du cœur dans ses limites normales; battements précipités; ses bruits sont forts, mais sans souffle notable. Souffle dans la carotide gauche. — Rien de notable pour les organes digestifs. La langue est sèche. Pas de dévoiement. On prescrit une *saignée* d'urgence de trois palettes.

Le lendemain, 19, examen en présence des élèves. Caillot de la saignée de la veille retracté dans une partie de sa circonférence, recouvert d'une couenne dense et épaisse. Crachats albumineux; quelques uns présentent une teinte sucre d'orge. Moiteur générale. Pouls à 108, bien développé, assez résistant. — Résonnance et respiration bonnes à droite, en avant; plus faible au côté gauche. Résonnance très faible dans toute l'étendue du poumon, en arrière à gauche. Souffle bronchique double bien marqué vers le bord inférieur de l'omoplate, avec retentissement. Bronchophonie de la voix. En bas, on entend un peu de crépitation sèche. — Résonnance et respiration bonnes à droite. — Diagnostic *ut supra*. — Prescription : *saignée* de trois palettes. Ventouses à la partie postérieure gauche de la poitrine, trois palettes. Cataplasme ibidem. Pour boisson, solut. de sir. de gom. — Julep de thridace et oxymel scillitique. — Diète.

Le 10, caillot de la saignée de la veille retracté, recouvert d'une couenne dense, épaisse résistante, fibreuse; il est lui-même de bonne consistance. Les rondelles des ventouses sont réunies en une masse de consistance glutineuse; sérosité non rougie. Le malade se plaint d'oppression; crachats peu abondants, visqueux, sensiblement rouillés. — Résonnance et respiration bonnes en avant des deux côtés. En arrière, à gauche, la résonnance est évidemment meilleure. Le souffle bronchique a notablement diminué d'intensité avec bulles de crépitation, abondantes, un peu humides; mais le côté droit est pris. On constate de la matité depuis la moitié inférieure de la fosse sous-épineuses jusqu'en bas, avec souffle bronchique vers l'angle inférieur de l'omoplate, et crépitation fine et sèche autour. Rétentissement bronchophonique de la voix. Cela explique l'oppression que le malade accuse. Pouls à 96-100, souple. Respiration à 40. (On complète le diagnostic.) — Prescription : *saignée* de trois palettes. *Ventouses* scarifiées à la partie postérieure du côté droit, trois palettes. Vésicatoire à gauche. Boissons *ut supra*. Diète.

Le 11, caillot de la saignée de la veille passablement retracté, couenne opaque, résistante, jaune. Sérosité des rondelles des ventouses non rougie; rondelles réunies formant une masse glutineuse. Le malade dit être moins oppressé. Respiration à 28. Pouls à 100, petit. Crachats visqueux, albumineux, en partie rouillés. — Rien de notable à la poitrine et en avant. — En arrière, à droite, la résonnance est bien meilleure, sans souffle ni crépitation. A gauche, le souffle est encore bien marqué, quoique moins fort; crépitation assez abondante et humide. — Prescription : *saignée* de trois palettes. Vésicatoire à la partie postérieure droite. Boissons idem. Diète.

Le 12, caillot retracté, recouvert d'une couenne épaisse, résistante, opaque, colorée en jaune, ainsi que la sérosité. Le malade se trouve mieux; il ne se plaint plus de douleur. Chaleur douce, halitueuse. Pouls à 80. Crachats albumineux très peu, colorés d'une teinte jaune fauve. — Résonnance évidemment meilleure en arrière. Respiration bonne à droite, sans souffle ni crépitation; également revenue à gauche sans souffle. — Prescription : boisson gommeuse. Julep. Diète. — Commencement de convalescence.—Le 13, le malade se trouve mieux. Crachats albumineux avec quelques stries de sang non combinées. Chaleur sensiblement normale. Pouls à 80. — Prescription : un bouillon.— Le 14, il va de mieux en mieux; nuit bonne. Toux nulle. Crachats visqueux avec quelques stries de sang Chaleur normale. Pouls à 64. — On accorde deux bouillons et deux potages. — Convalescence confirmée. — Le 15, le malade continue d'aller de mieux en mieux. Crachats blancs, plus épais. — On accorde une portion d'aliments. Pouls à 52-56. — Sorti guéri le 28 avril. (Rédaction officielle de M. Typaldos.)

— On suit avec le plus grand intérêt les détails minutieux de cette magnifique observation. On y lit

dans un état satisfaisant. Chaleur modérée de la peau. Pouls à 88-92, sans redoublement notable. Pas de selles, même par le lavement. Ventre affaissé, souple, indolent, sans gargouillement nulle part. Langue molle, humide. Prescription : boissons idem. Lavement. Diète. — Le 15, le malade se trouve bien, mais il se plaint de faiblesse. Pouls à 80-84; chaleur sensiblement normale. Ventre souple. Visage bon. Pas de selle. On accorde un bouillon. — Le 16, le malade va de mieux en mieux. Une selle normale. Visage bon. Bon sommeil. Ventre souple, sans gargouillement. — Convalescence confirmée.—Deux bouillons; un potage. — Le 17, pas de dévoiement, pas de chaleur au ventre, chaleur douce. Pouls à 80. Ventre souple. — Deux bouillons. Deux potages. — Le 20, il va tout à fait bien. — Le 28, sorti guéri. (Rédaction officielle de M. Typaldos.)

— Ce qui frappe principalement dans cette intéressante observation, c'est la promptitude et la netteté de la guérison sous l'influence des saignées coup sur coup. Quatre saignées en deux jours (12 palettes, 48 onces), et la guérison était déjà assurée le troisième jour. Quoi qu'on puisse penser de ces saignées rapprochées, toujours est-il que leurs résultats sont heureux et prompts. D'ailleurs, M. Bouillaud mesure d'avance les évacuations sanguines avec tant de circonspection, de prudente réserve, qu'il reste toujours au dessous de la tolérance; et c'est à tort, véritablement, qu'on s'imagine qu'il saigne trop. Il est des cas où il cesse de saigner, alors que, d'après l'état du pouls, nous n'aurions pas hésité à persister encore dans la saignée. La chose ne semble un peu forte que parce que les saignées sont rapprochées; mais c'est justement là ce qui constitue leur force compacte. Il ne s'agit pas ici d'un traitement systématique, aveugle : tout est soumis à l'état des fonctions, et le tact clinique de M. Bouillaud est tel dans le maniement de la saignée, qu'on peut regarder son traitement comme un fait expérimental acquis qu'on dose à l'instar d'un composé chimique. On vient de voir cependant que, telle qu'elle est, cette méthode ne satisfait pas à toutes les exigences, qu'elle veut être perfectionnée quant au fond, et elle veut l'être aussi quant à la forme. Nous voulons dire, qu'en supposant, chez les médecins de la ville, une habitude déjà formée pour l'application exacte de la méthode, il est difficile d'y persister, de la généraliser, à moins d'être à la tête de la science. On pratiquerait difficilement, en effet, dans la pratique de la ville et des campagnes, cinq, six saignées en deux jours, surtout ne faisant que cela pour tout traitement. Outre que les malades s'y refuseraient, le temps manque réellement quand on est très occupé; il faudrait donc des aides à sa disposition, ce qui serait difficilement réconciliable avec certaines réflexions. Tout en reconnaissant donc un grand mérite à la méthode des saignées coup sur coup, il devient indispensable de la réformer, de la perfectionner en lui associant des remèdes qui agissent comme la saignée elle-même en son absence, qui permettent de la généraliser en la rendant plus puissante et plus politique. C'est là le terrain sur lequel nous combattrons désormais.

Les fièvres typhoïdes abondent dans le service de M. Bouillaud comme ailleurs. On a, comme on sait, professé des idées bien étranges sur cette maladie, et l'on est encore très loin de s'entendre et sur sa nature et sur son traitement. M. Bouillaud y reconnaît deux éléments : l'élément inflammatoire, l'élément typhique. Le premier résulte du travail crypteux, hypertrophique, ulcératif dans l'intestin; le second est conjectural : on le rattache à l'absorption présumée de matières septiques, soit de l'intestin lui-même ulcéré, soit par la voie pulmonaire, ou autre. Nous avons voulu voir de près ces sortes de maladies, et nous devons avouer notre ignorance sur la condition pathologique véritable de l'affection et sur la doctrine elle-même de M. Bouillaud que nous ne comprenons pas assez. On peut bien dire, à l'examen du pouls, du sang de la saignée, de la calorification dermique, etc. (à la 1re et 2e période), qu'il s'agit bien là d'une maladie hypersthénique dont la source semble émaner de tissus à vascularisation fine (encéphale), et qui réclame, par conséquent, une médication antiphlogistique; mais aller au delà, préciser en un mot, comme on le fait, il faudrait d'abord démontrer qu'une lésion aussi minime que celle des plaques entéro-mésentérique fût susceptible d'engendrer des réactions aussi formidables, alors que nous voyons des lésions intestinales plus sérieuses persister longtemps sans occasionner des symptômes typhoïques. L'absorption qui constitue l'élément typhique n'est qu'une doctrine, une hypothèse au fond, bien qu'à la vérité on doit reconnaître certaines influences atmosphériques en cas d'épidémie surtout.

Pour ce qui est du traitement, la formule de M. Bouillaud enraie réellement la maladie lorsqu'elle est à la 1re ou 2e période; mais, encore ici, les mêmes objections ci-devant exprimées se présentent. Nous ne voulons pas aller au delà aujourd'hui; disons seulement que l'Ecole italienne regarde l'affection comme inflammatoire encéphalique ou méningienne, avec complication intestinale; quelques personnes placent son siége dans les veines cérébrales. On prescrit des saignées modérées du bras, dans le principe; des sangsues en permanence aux apophyses mastoïdes; en même temps, tartre stibié à la dose de 10 à 20 cg. par jour, avec addition d'eau cohobée de laurier-cerise; glace sur la tête. — Quant à la question des purgatifs, elle est évidemment mal appréciée. Les purgatifs sont des remèdes essentiellement hyposthénisants; ils rentrent donc dans l'indication générale, mais ils peuvent être souvent insuffisants pour la guérison, leur puissance restant au dessous de celle du mal. Ils ne sont pas contre-indiqués par conséquent. On pourrait en dire autant des saignées insuffisantes. Nous reviendrons sur toutes ces questions. Il règne dans les cliniques médicales de Paris une telle divergence de doctrines et de préceptes, qu'il nous semble extrêmement important pour l'art de les reprendre en sous-œuvre, avec indépendance, et d'en relever le bon et le mauvais côté.

à chaque pas cette exploration analytique qui révèle fidèlement à l'oreille (véritable confession organique), et presque mathématiquement, le travail le plus occulte des tissus profonds que la vue ne pénètre pas, mais que le tact clinique sait exhumer, mettre en évidence et convertir un phlegmon du poumon en maladie externe que l'on pourrait nommer alors chirurgicale. Reconnaître une pleuropneumonie à la douleur de côté, à la fièvre, à la dyspnée et aux crachats visqueux et sanguinolents, c'est sans doute chose bannale et aussi vieille que la médecine; mais en circonscrire mathématiquement les limites, en préciser le degré d'intensité, en signaler avec précision la marche progressive ou décroissante et les complications qui l'accompagnent, et servir ainsi de guide certain aux indications curatives, c'est là une opération aussi importante que délicate; fait sublime qui change une science vague, conjecturale, en une science exacte; qui révèle un progrès immense dû entièrement aux médecins modernes, à la génération morgagnienne, et plus particulièrement à l'Ecole de Paris. L'Ecole de Montpellier, essentiellement vitaliste, forte de ses doctrines, est restée fidèle à ses belles traditions et n'a point pris part à ce mouvement. Aussi croyons-nous comprendre parfaitement M. Bouillaud quand il s'écrie : « que la médecine moderne a laissé loin derrière elle la médecine des temps passés! » Une question se présente : Suffit-il de bien diagnostiquer les maladies pour les bien guérir? On l'avait cru jusqu'à présent. Aussi l'étude des médicaments et des poisons avait-elle été abandonnée à quelques spéculateurs de laboratoire, plus ou moins étrangers aux connaissances cliniques, et qui n'ont laissé dans leur passage spéculatif que des jones de cadavres derrière eux, et des théories ineptes qui ont ruiné la toxicologie et la matière médicale. Il en est résulté que quelques hommes transcendants ont dû replier leur esprit inventif et observateur au perfectionnement de quelque moyen thérapeutique énergique et fondamental. De là la formule des saignées coup sur coup.

Revenons au fait actuel. Six saignées en trois jours ont été pratiqués à ce malade, et dont quatre par la lancette, deux par les ventouses. Total, dix huit palettes de sang ou 1920 grammes (64 onces). Cette médication, jointe à deux grands vésicatoires ont promptement triomphé d'une affection formidable; mais on a dû remarquer que la constitution du malade était si peu favorable à un pareil succès que, si son mal eût réclamé une plus grande puissance pour céder, l'organisme aurait probablement succombé et le cas se serait trouvé dans la catégorie de ceux qu'on appelle exceptionnels. C'est ce qui est arrivé précisément chez un autre individu couché au n° 6 de la même salle, affecté à peu près comme le précédent, et dont nous rapporterons l'autopsie dans le prochain numéro. Nous n'en voulons pas d'avantage pour réclamer, dès aujourd'hui, l'addition des remèdes dynamiques à l'énergique formule de M. Bouillaud, du moins pour les cas qui esquivent son action isolée.

Fièvre entéro-mésentérique typhoïde, *très caractérisée, vers le commencement de la seconde période.* —Au n° 10 de la salle St-Jean-de-Dieu est couché le nommé Carnet, sommelier, âgé de 35 ans, à Paris depuis 15 ans, habitant rue du Bac, 23, né à Epinal (Vosges), malade depuis 10 jours, entré le 11 mars 1845. Constitution assez forte; tempérament lymphatico-sanguin. Il n'a jamais fait de maladies graves, mais il est sujet aux palpitations et aux essoufflements. Il y a dix jours qu'il fut pris de courbature générale; mais depuis huit jours, à ce phénomène s'ajoutèrent une fièvre assez forte, précédée d'un léger frisson, perte de l'appétit, céphalalgie intense, sus-orbitaire, avec étourdissements et tournoiements; bourdonnements dans les oreilles, rêvasseries, dévoiement assez fort depuis huit jours. Pas d'épistaxis. Traitement nul. Il n'a pris pour aliments que des potages. Il attribue sa maladie à ce qu'il aurait été mouillé. Il est venu à pieds à l'hôpital. Il est habituellement très mal nourri.

Etat actuel. — Visage animé aux pommettes, abattu, au reste, avec teinte jaune très chargée à l'ovale inférieur. Pouls à 96-100, un peu mou, non redoublé; chaleur de la peau assez vive. Langue assez molle, un peu saburrale, rouge à la pointe. Ventre développé dans la région sous-ombilicale, avec gargouillement dans le flanc droit, pas d'envies de vomir, soif peu marquée, pas de mal au ventre. Céphalalgie sus-orbitaire. Bourdonnements dans les oreilles; surdité assez marquée. Yeux un peu injectés. Pas de selles depuis l'entrée. Intelligence nette. Poitrine : résonnance bonne en avant, ainsi qu'en arrière. Rien de notable pour la respiration. Le malade supporte difficilement la position assise, et accuse de la faiblesse. Rien de notable au cœur et aux carotides. Trois ou quatre taches rouges existent, n'appartenant point à l'éruption typhoïde. — On pratique une *saignée* de trois palettes, le soir de la réception.

Le 12, examen en présence des élèves. Le caillot de la saignée de la veille n'offre pas de retraction; recouvert à sa surface d'une légère pellicule de couenne. La consistance du caillot est au dessus de l'état normal. Le malade ne se sent pas soulagé par suite de la saignée. Vomissement verdâtre depuis hier. Faiblesse marquée avec grand abattement. Persistance de la surdité et de la stupeur avec teinte jaune de l'oval inférieur de la face. Pouls à 112-116, sensiblement redoublé. Chaleur fébrile modérée. Bouche mauvaise. Lèvres sèches. Langue rouge à la pointe, saburrale ailleurs. Soif. Ventre médiocrement développé, souple, avec gargouillement dans le flanc droit. Point de taches typhoïdes; pas de selles depuis l'entrée. Odeur légèrement typhoïde de l'haleine. Céphalalgie avec lourdeur de la tête. Rien de notable à la poitrine. — Diagnostic *ut supra.* — Prescription : *saignée* de trois palettes. *Ventouses* scarifiées sur le ventre, trois palettes. Cataplasme. Lavement. Boisson gommeuse. Diète.

Le 13, le caillot de la saignée d'hier n'offre pas de rétraction, il est sans couenne, de consistance faible. La sérosité du sang des ventouses est rougie; les rondelles forment une masse comme de la gelée de groseilles. Le malade se sent mieux. Chaleur fébrile de la peau à peine marquée, sans sécheresse ni sueur. Pouls à 84-88, passablement développé, assez dur, très légèrement redoublé. Expression d'hébétude moins marquée. Pas de selles. Le lavement n'a pas été donné. Ventre souple, assez affaissé. Léger gargouillement dans le flanc droit. Haleine légèrement typhoïde comme la veille. — Prescription : *saignée* de trois palettes. Boissons idem. Diète. — Le 14, caillot retracté, sans couenne, de consistance médiocre. A part la faiblesse, le malade est

Angine pseudo-membraneuse, *avec érysipèle facial double. Casus gravis* — Au n° 15 de la salle Saint-Jean-de-Dieu est couché le nommé Bernard, âgé de 21 ans, répétiteur de profession, malade depuis cinq jours, entré le 5 mai 1845. Constitution faible; tempérament lymphatique. — A part la rougeole, il n'a pas fait de maladies graves. Il est sujet aux palpitations; il est bien logé et bien nourri. — Il y a cinq jours qu'il fut pris de douleurs dans les reins, avec fièvre, mal de gorge, difficulté d'avaler, perte de l'appétit, soif vive. Le deuxième jour, fièvre intense, légère épistaxis. Il s'est alité depuis le début Depuis hier, il s'est aperçu d'avoir les joues enflées. Pour traitement chez lui, on lui a appliqué avant-hier 12 sangsues autour du cou. Il est venu en voiture à l'hôpital. Il ignore la cause de sa maladie.

État actuel. — Le visage présente un gonflement et une rougeur érysipélateuse bien marqués, surtout sur le dos du nez et les joues, avec quelques phlyctènes. Langue grillée dans toute son étendue, râpeuse. Bouche collante, soif vive. Enrouement de la voix. Les amygdales et le voile du palais sont tuméfiés et tapissés dans toute leur étendue de fausses membranes épaisses, qu'il est excessivement difficile de détacher. Haleine fade, nauséabonde. Poitrine : résonnance et respiration bonnes partout. — Le cœur s'offre circonscrit dans des limites normales; tintement auriculo-métallique. Rien de notable pour les bruits. Pouls à 108-112, bien développé, non redoublé. Chaleur de la peau très grande. Céphalalgie médiocre sans étourdissements ni tournoiements. Ventre souple, sans gargouillement. Pas de selles depuis l'entrée. — Prescription d'urgence : *saignée* de trois palettes, 20 *sangsues* autour du cou, cataplasmes,

Le 6, examen en présence des élèves. Caillot de la saignée de la veille fortement rétracté, recouvert d'une couenne dense, fibreuse, très résistante, très organisée. Le malade se sent un peu soulagé, du côté de la tête surtout, par suite de la saignée. Il parle avec beaucoup de difficulté. Il avale un peu plus facilement qu'il ne le faisait la veille. Visage rouge, gonflé, surtout le nez, avec phyctènes comme la veille, à droite particulièrement. Les yeux ouverts, la partie moyenne et inférieure du front est aussi le siége d'une rougeur et d'un gonflement notables, avec turgescence des veines sous-cutanées. La membrane muqueuse de l'arrière-gorge est d'un rouge vif, recouverte d'un mucus visqueux. Les amygdales et la luette encore recouvertes d'une plaque pseudo-membraneuse, caséiforme. Peu de sommeil, sans agitation notable. Fétidité de l'haleine modérée. Langue comme la veille. — Diagnostic *ut supra.* — Prescription : *saignée* de trois palettes, 16 sangsues autour du cou, gargarisme d'orge miélé, cataplasmes, boisson gommeuse, diète.

Le 7, caillot de la saignée d'hier rétracté, avec couenne assez épaisse, résistante, retroussée. Le visage est moins rouge, moins gonflé qu'hier. Les phlyctènes en grande partie dessechées. La déglutition libre, pouls à 96, chaleur modérée, point de céphalalgie, langue encore grillée. Le malade respire par la bouche en raison de l'enchifrènement des fosses nasales. La muqueuse du pharynx moins rouge, plus de fosses membranes sur les amygdales. Prescription : gargarisme, boissons *idem*, diète. — Le 8, le malade est à peu près comme la veille. Visage assez dégagé, mais le cuir chevelu a été en partie envahi avec tension; chaleur très modérée, avec légère moiteur; pouls à 96; le reste comme la veille. — Prescription *id.*, diète. — Le 9, le malade va mieux. Il commence à respirer plus facilement par le nez, il souffre moins à la gorge et aux oreilles, chaleur à peu près normale. Les piliers du voile du palais sont très dégagés, la luette est ce matin enduite de plaques diphthériques, langue humectée, mais d'un rouge vif et grenue par le développement des papilles. — Commencement de la convalescence. — Prescription *id.*, un bouillon. — Le 10, le malade se trouve bien, il a passé une bonne nuit; le visage et la tête se dégagent de plus en plus; la desquammation commence au visage, chaleur normale, pouls à 68-72, langue d'un rouge vif; la luette est dépouillée de sa plaque diphthéritique. — Convalescence confirmée. — Le 13, sorti guéri (Réd. offi. de M. Typaldos).

— Un préjugé vulgaire, que partagent plusieurs médecins, enseigne de ne pas saigner au bras dans l'érysipèle. On suppose que, sous l'influence de ce moyen, la maladie se déplace, attaque les organes intérieurs et occasionne des accidents graves. Cette manière de voir est erronée en théorie, fâcheuse en pratique. On ne comprend pas en effet comment un remède qui affaiblit la phlogose elle-même peut favoriser son déplacement. Ce qui la déplace au contraire, c'est l'augmentation ou la persistance prolongée de l'intensité de l'affection; encore s'agit-il moins d'un véritable déplacement métastatique que d'une extension progressive du travail morbide. L'érysipèle effectivement ne marche pas par bonds lorsqu'il est ambulant; et l'on peut dire avec vérité que ce qui le fixe, est ce qui l'affaiblit et l'épuise. De ce nombre sont les remèdes antiphlogistiques. Les vésicatoires volants de Dupuytren, la pommade au nitrate d'argent de M. Jobert, l'onguent au sulfate de fer de M. Velpeau, les sangsues à distance de M. Blandin, n'agissent pas autrement contre l'érysipèle, que comme hyposthénisants locaux; mais quand le mal est intense, il marche malgré ces moyens. M. Bouillaud a eu beau prouver, l'expérience à la main, que les saignées du bras bien administrées font promptement justice de l'érysipèle; cela n'a pas empêché certains cliniciens à l'Académie de médecine de soutenir le préjugé que nous combattons en ce moment. Le fait précédent au reste parle assez haut de lui-même pour nous dispenser de toute autre considération à cet égard. — Les mêmes remarques sont applicables aux angines que l'on est généralement porté à traiter par des topiques, par des gargarismes alumineux, ce qui ne les empêche pas de marcher, de durer longtemps, ou de devenir très graves quelquefois.

— Dans ce compte-rendu, nous nous sommes attaché à quelques faits-types, isolés, qui se prêtaient à une critique digne de la science, afin de donner de la vie à notre tableau; et nous les avons choisis parmi un grand nombre d'autres, d'un grand intérêt, que présente la clinique de M. Bouillaud. Nous voulions par là mettre d'abord le lecteur à même d'apprécier la manière analytique d'observer de ce clinicien, ses prescriptions et ses résultats, tout en conservant notre indépendance et le droit de dire nos impressions *de visu.* Dans le prochain numéro, nous donnerons une magnifique série de pleuropneumonies du même service, d'une grande portée pratique.

DOCUMENTS PRATIQUES.

Couenne inflammatoire du sang. — Il est remarquable que, dans la saignée qu'on pratique dans les maladies inflammatoires franches, si le sang ne coule pas largement, librement de la veine, la couenne ne se forme pas dans le vase, circonstance importante dont il importe de tenir compte. Une jeune femme, robuste (Auvergnate), couchée à la clinique de M. Bouillaud pour une pleuro-pneumonie intense, a été saignée d'un bras, le sang a mal coulé, le caillot, quoique résistant, ne présentait pas la moindre trace de couenne. On l'a saignée de l'autre bras au même moment, le sang a bien jailli cette fois, et il a donné une couenne épaisse, résistante, jaunâtre comme un gateau de cire vierge. Sans cette connaissance, on aurait de la peine à admettre que le sang des deux vases, tiré au même moment, appartînt au même individu. On comprend, au reste, pourquoi, quand le sang ne jaillit pas, la couenne ne se forme pas. C'est qu'il se décompose, chemin faisant, et la fibrine qui constitue la couenne, reste mélangée dans les couches du caillot, au lieu de venir, par sa gravité spécifique, se ramasser à la surface. — La couenne la mieux dessinée est celle qu'on obtient dans les affections rhumatismales fébriles. Le caillot, dans ce cas, est, le plus souvent, très retracté, et la couenne forte et épaisse qui le recouvre partout est retroussée sur les bords, ce qui donne au caillot la forme d'un champignon. C'est la couenne inflammatoire-type de M. Bouillaud. — Dans les affections typhoïdes, le sang n'offre pas toujours de couenne; il y en a pourtant lorsque l'élément inflammatoire abdominal est bien prononcé. Dans ce cas, la couenne ne ressemble nullement à celle des deux espèces précédentes. C'est un mince voile blanc, étalé sur le caillot, à surface aréolaire, mollasse, pénétré par du sérum. — Le sang des ventouses ne peut jamais présenter de couenne, puisqu'il se trouve dans les conditions des saignées qui coulent en bavant. Un fait important déjà étudié à fond (Rasori, Théorie de la phlogose), c'est que la quantité de sérum dans le vase de la saignée, est en raison de l'intensité de l'inflammation, ce qui revient à dire que plus le mal est intense, plus le caillot est retracté, petit, léger, isolé du sérum. Dans le cas contraire, il est mou par cela même, va au fond du vase, et le sérum isolé est en faible quantité. Un préjugé vulgaire cependant, et que quelques médecins partagent, enseigne précisément le contraire de ce qu'on vient de lire dans l'appréciation de la valeur du sang. On peut lire sur l'étude physique du sang de la saignée plusieurs chapitres parfaits dans l'ouvrage que nous venons de citer, traduit en français par le docteur Pirondi.

Hypertrophie du cœur. *Hydropisie ascite.*—Deux individus, jeunes encore, dont un a atteint à peine l'âge de 30 ans, sont étudiés avec intérêt, en ce moment, à la clinique de M. Bouillaud, pour une hypertrophie au cœur. Chez l'un, le plus jeune, il y a en même temps hydropisie ascite, mais pas d'œdème aux membres, pas d'affection aux reins, ni au péritoine, ni ailleurs. M. Bouillaud considère cette ascite comme symptomatique de l'affection du cœur, ce qui est assez inusité, du moins à cette période de la maladie et avant toute autre manifestation ailleurs. Chez l'autre l'hypertrophie est tellement prononcée, que le côté de la poitrine en est bombé, et l'on voit, à l'œil nu, les mouvements du cœur, imitant presque les remuements d'un chat dans un sac. Et pourtant, pas de symptômes encéphaliques ni chez l'un ni chez l'autre, et pas d'hydropisie ni d'œdème chez le second. On lit dans Corvisart la théorie suivante à l'égard de la génèse de ce phénomène. — « Qu'arrive-t-il dans les lésions organiques du cœur? Le sang ne subit point les efforts réguliers dont il a besoin; sa confection, sa crase cesse d'être telle qu'elle doit; l'altération de la respiration vient ajouter à l'action déréglée du cœur pour nuire à la constitution du sang; la progression des liqueurs est plutôt un tumulte qu'une marche régulière; une chimie occulte, mais réelle, ne suit plus ses lois accoutumées dans les attractions, les répulsions des éléments; le sang se forme mal ou se décompose; la sérosité prédomine, elle s'infiltre et s'épanche partout; le sang dégénéré devient un mauvais stimulant de l'action du cœur, de l'action de tous les viscères; ajoutez à ces dérangements les influences physiques, morales, et vous verrez comment, en parcourant ce cercle éminemment vicieux, la mort inévitable doit terminer cette douloureuse scène. » (Corvisart.)

CLINIQUES CHIRURGICALES.

QUESTIONS SPÉCIALES.

Les lésions traumatiques des nerfs du membre thoracique n'ont peut-être pas été suffisamment étudiées cliniquement. Trois cas de ce genre se sont présentés dernièrement dans les hôpitaux : l'un à Beaujon (Robert), les deux autres à la Charité (Velpeau), dans des conditions tout à fait dignes d'intérêt. Ces cas étant assez rares, nous les avons observés attentivement, et ils nous ont fourni matière à quelques recherches pratiques que nous allons exposer. Racontons d'abord les faits tels qu'ils se sont présentés à notre observation.

Dans l'un (Charité), il s'agit d'un ouvrier, âgé de 45 à 50 ans, de forte constitution, employé comme déchargeur de voitures à La Chapelle, place du Commerce, près Paris. Il présente l'avant-bras du côté droit et les doigts de ce même côté complétement paralysés dans le mouvement. Nous disons dans le mouvement, car la peau est parfaitement sensible partout. Nous disons, en outre, que la paralysie est bornée à l'avant-bras, car le patient peut exécuter, avec le bras, tous les mouvements volontaires, et, durant ces mouvements, l'avant-bras reste insensible, pendant, se laisse retourner dans tous les sens comme une masse inerte, comme un membre de mannequin. Les doigts demeurent dans la demi-flexion, surtout les trois premiers, en particulier le pouce qui gît presque couché sur la paume de la main. En les étendant, les doigts sont ramenés ensuite spontanément dans la flexion; le patient prétend qu'il exécute volontairement cette flexion, et il exerce, en effet, quelques petits mouvements, soit de flexion, soit d'abduction et d'adduction. Cette paralysie ne s'est déclarée que depuis quelques jours seulement et tout à coup, pendant que le patient faisait, avec ses mains, de violents efforts pour décharger un sac très pesant de l'intérieur d'une voiture; il tirait avec un crochet ce sac vers lui avec ses deux mains; ne pouvant y parvenir, il a, dit-il, redoublé d'efforts, et c'est pendant ces efforts qu'il a éprouvé une vive douleur dans tout le membre droit. En lâchant prise, il a senti que son membre était impuissant, paralysé. Au reste, pas de gonflement, pas de douleurs, pas d'ecchymose au moment où nous l'avons observé à l'hôpital. M. Velpeau a diagnostiqué une lésion du nerf radial, a prescrit un vésicatoire volant sur le dos de la main, mais sans un avantage

bien marqué. Quelques jours après, le patient est sorti à peu près dans le même état, ce qui ne veut pas dire qu'il ne guérira pas avec le temps.—Presque en même temps que ce malade était étudié à la clinique, un autre, frappé exactement de la même affection, s'est présenté à la consultation de M. Velpeau; il n'a pas été reçu.

Dans l'autre cas (Beaujon), la paralysie existait sur tout le membre thoracique droit. Le sujet était aussi un ouvrier, terrassier, âgé d'une cinquantaine d'années, qui avait été enseveli sous une masse énorme de terre, laquelle l'avait, à ce qu'il présumait, frappé principalement à l'épaule droite. Il était entré à l'hôpital pour des plaies qu'il portait en même temps à la main ou à l'avant-bras. N'ayant été observé que couché et ayant le bras étendu sur un oreiller, on n'avait pas d'abord soupçonné sa paralysie; il ne s'en était pas aperçu lui-même, les phénomènes qu'il éprouvait étant naturellement rapportés par lui aux plaies qu'on lui pansait. Quand cependant ces plaies ont été guéries, le malade a voulu essayer de se servir de son bras, et il s'est trouvé dans l'impuissance. Nous avons examiné ce membre avec M. Robert; c'était une masse inerte, depuis l'épaule jusqu'aux doigts; ces parties étaient un peu œdématiées par le fait de la position du membre, le patient le laissant tomber sur le côté, verticalement. On avait beau le pincer, le piquer, le malade ne sentait rien. Tout ce membre était d'un développement normal remarquable, et pourtant son impuissance était si absolue que son aspect rappelait ces énormes cylindres de rosbif qu'on voit brocher dans les tavernes anglaises. Cet état existait déjà depuis deux mois, le patient se portait bien d'ailleurs et n'accusait aucune douleur dans le membre paralysé ni à la moelle. Cet état de choses se rattachait évidemment à la lésion du plexus brachial.

Ainsi donc, nous avons dans le premier fait une paralysie traumatique par simple distension forcée; dans le second, par contusion sans plaie. Nous avons voulu remonter de ces faits aux généralités de la science sur ces sortes de lésions circonscrites aux nerfs de l'avant-bras; mais c'est en vain que nous les avons cherchées, aucun travail spécial complet n'existant à notre connaissance sur cette importante question. La caractérisation du cas de M. Velpeau nous a paru d'ailleurs mériter un examen approfondi. C'en était assez pour reprendre ce sujet en sous-œuvre; nous avons donc commencé par revoir le système nerveux du membre thoracique, et, chemin faisant, nous avons cherché dans les auteurs les faits cliniques qui pouvaient se rapporter à notre sujet; ces faits sont en très petit nombre; quelques-uns seulement, dignes d'intérêt, se rencontrent dans le *Traité des plaies d'armes à feu*, par M. Jobert, et dans les *Etudes sur le système nerveux*, par le même auteur. Nous les avons mis à contribution, tout en désirant que de nouvelles observations soient publiées pour éclaircir cette importante question.

Un premier fait dont on est saisi dans l'étude du système nerveux du membre thoracique, c'est, d'une part, l'indépendance tranchée des nerfs destinés aux muscles de l'épaule et du bras; et de l'autre, l'accumulation excessive de nerfs entremêlés qui viennent se terminer à l'avant-bras et à la main. Nous voulons dire par là que le plexus brachial paraît plutôt destiné à l'avant-bras et à la main, qu'au bras et à l'épaule. Il résulte de cette remarque que, quand l'avant-bras est paralysé à l'exclusion du bras, comme dans les deux cas de M. Velpeau, il est souvent impossible de limiter la lésion dans tel ou tel nerf, par la raison que les quatre sixièmes au moins des éléments du plexus brachial s'y distribuent, s'entremêlent et y exercent une influence commune telle, qu'il est impossible d'isoler rigoureusement la part qui revient à chaque élément. Cette remarque, si facile à prouver, nous faisait dire que l'on pouvait contester l'isolement de la lésion du nerf radial dans le cas du malade de la Charité, et qu'il serait plus exact d'établir la source de la paralysie dans tous les nerfs de l'avant-bras à la fois. Entrons dans quelques détails.

A part quelques filets que le moignon de l'épaule reçoit directement de la portion descendante superficielle du plexus cervical; à part aussi quelques filets thoraciques, les nerfs du membre supérieur sont tous révocables du plexus brachial. Ce plexus est, comme on sait, composé des quatre dernières paires cervicales et de la première paire dorsale, unies ensemble. Il en part six gros cordons qui constituent le système nerveux proprement dit du membre thoracique. Si l'on suit pas à pas chacun de ces cordons, on arrive précisément à la conclusion que nous venons d'établir. Prenez, en effet, les quatre premiers qui naissent de la partie antérieure du plexus, savoir : le musculo-cutané, le médian, le cubital et le cutané interne, vous trouverez d'abord le premier (le musculo-cutané) qui donne des rameaux importants à plusieurs muscles du bras; mais, en définitive, il passe à l'avant-bras, donne des filets à la peau de la face dorsale de ce membre et va se terminer à la peau du dos du carpe et des trois premiers doigts. Le médian accompagne l'artère brachiale et ne laisse rien au bras. Il en est de même du cubital jusqu'au coude; et quant au cutané interne, il ne fait que passer sur le bras sans rien donner. Ainsi donc, des quatre cordons antérieurs du plexus, le musculo-cutané seul donne quelques branches au bras, les trois autres se destinent ailleurs. Restent maintenant les deux cordons qui naissent de sa partie postérieure, savoir : l'axillaire et le radial. Le premier, l'axillaire, se limite en entier dans les muscles périarticulaires de l'épaule; le second se dirige à l'avant-bras, mais il donne quelques filets importants au muscle triceps. Là se trouve limité le système nerveux du bras proprement dit. On voit bien que ces nerfs propres sont limités à l'épaule : ils sont peu nombreux, et l'on comprend pourquoi l'on ne rencontre ordinairement d'autre lésion capable de paralyser isolément le bras sans l'avant-bras, que la blessure du nerf deltoïdien ou circonflexe.

« Le circonflexe égale quelquefois le volume du radial. En sortant de l'aisselle, il passe par l'ouverture sous-scapulo-humérale. Renfermé dans la même gaîne celluleuse que l'artère et les veines, il reste longtemps appliqué sur l'os et se perd en totalité dans le del-

toïde. D'après cette disposition, il est facile de comprendre comment sa pression suspend presque tous les mouvements du bras dans les luxations. On conçoit aussi que, dans les fractures très élevées du col huméral, il soit encore plus exposé aux déchirures, aux tiraillements et même à la compression, que dans les déplacements articulaires. » (Velpeau, Anat. chir., t. 2, p. 38.)

Cette blessure, au reste, n'est pas rare : nous l'avons souvent rencontrée à la suite de chutes sur le moignon de l'épaule, avec ou sans luxation ou fracture. Dans ces cas, la paralysie est bornée au bras, l'avant-bras et les doigts continuant à jouir de leur mobilité volontaire. Il ne s'en suit pas que, dans les paralysies isolées de l'avant-bras, il soit indispensable que la lésion porte dans ce membre lui-même, puisque les nerfs traversent le bras d'abord. L'on comprend déjà, par cet isolement du système nerveux des deux moitiés du membre, pourquoi certaines blessures du bras entraînent la paralysie isolée de l'avant-bras, l'épaule et le bras continuant à jouir de leur faculté motrice, et *vice versa*.

Descendons à présent à l'avant-bras. « Les nerfs antibrachiaux sont superficiels et profonds. Les premiers viennent de quatre sources : des deux nerfs cutanés et des branches cutanées fournies, en dedans, par le cubital, et en dehors, par le radial. Le cubital, le radial et le médian, forment le système nerveux profond de cette région.» (Blandin, Anat. top., p. 531.) Nous venons de voir que, des six troncs qui partaient du plexus brachial, un seul s'isolait au bras, l'axillaire. Les cinq autres passent tous, en effet, à l'avant-bras, soit en totalité, soit en partie. Sur ces cinq cependant il en est deux, les cutanés, qui se chargent principalement de fournir à la peau et au tissu sous-cutané, ce qui nous laisse, en définitive, les trois nerfs ci-devant indiqués, savoir : le radial, le cubital, le médian. Cette circonstance explique pourquoi, à l'avant-bras, les muscles peuvent être paralysés dans le mouvement et probablement aussi dans le sentiment, sans que la peau ait, le moins du monde, perdu sa sensibilité. C'est ce qui existait précisément chez le malade de M. Velpeau. Cependant il est bon d'ajouter que la peau de l'avant-bras et de la main n'est pas exclusivement pourvue par les deux nerfs cutanés, les autres nerfs contribuant aussi en partie. D'autre part, l'on ne doit pas oublier non plus que les nerfs cutanés eux-mêmes ne se destinent pas exclusivement à la peau. Il résulte de ces remarques que, dans les paralysies isolées de l'avant-bras, la peau peut elle-même perdre en partie sa sensibilité, ce qui n'inclue pas nécessairement l'admission d'une lésion du plexus brachial, puisque, dans ce dernier cas, tout le membre serait paralysé dans sa double faculté (mouvement et sentiment).

Est-il possible maintenant, dans le cas de la Charité, de limiter l'action distensive de l'avant-bras au nerf radial seulement? M. Velpeau a écrit les lignes suivantes sur ce nerf. « Le radial, très gros, donnant plusieurs branches aux diverses portions du triceps, suit d'ailleurs exactement la direction et la distribution de l'artère humérale profonde jusque vis-à-vis de la pointe du long supinateur, endroit où il traverse l'intersection fibreuse externe, pour pénétrer dans la région antérieure entre ce muscle et le brachial antérieur. Etant immédiatement appliqué sur l'humérus, il est plus exposé que les autres à être tiraillé ou déchiré dans les fractures qui ont lieu au dessous du col de l'os. C'est lui qui était emprisonné dans le cal difforme dont parle M. Manec. » (L. c., p. 408.). — Ceci s'applique, comme on le voit, aux paralysies consécutives à la fracture du bras, et nullement à l'action distensive dont on ne possède, au reste, presque pas d'exemple isolé dans ce membre, du moins nous n'en avons trouvé aucun dans les ouvrages que nous avons compulsés. Nos études sur cette question nous conduisent, au contraire, à répartir l'action paralysante sur tous les nerfs de l'avant-bras, car tous les muscles de ce membre et de la main étaient à peu près paralysés, et il nous semble difficile d'en limiter anatomiquement l'action au seul nerf radial. Dans les plaies qui affectent isolément le nerf radial, voici ce qu'avait noté M. Jobert chez quelques blessés de juillet 1830.

« La lésion du nerf radial a donné lieu à des phénomènes différents, suivant que la section de ce nerf a été opérée au bras ou à l'avant-bras; on remarquait une insensibilité partielle du pouce, d'une partie de l'indicateur et de la peau de la face dorsale de la main. La lésion du nerf existait-elle, au contraire, plus haut et au bras, les phénomènes observés étaient alors tout différents; les muscles de la partie postérieure de l'avant-bras étaient paralysés : de là l'impuissance de porter la main, d'une manière active, dans la supination; dans ce cas aussi, on remarquait, bien entendu, et cela même d'une manière plus complète, l'insensibilité dont je viens de parler pour le pouce, le doigt indicateur et la peau du dos de la main. — Un jeune homme, nommé Meunier, âgé de...., fut blessé, en combattant le 28 juillet, par un coup de feu qui s'étendait de la partie externe et antérieure à la partie interne et postérieure du bras, à peu près vers le niveau de la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen. A peine fut-il frappé, que son arme lui échappa des mains; son poignet demeura immobile : impossible d'exécuter les mouvements de supination, quelque effort qu'il fît d'ailleurs; la main formait un angle droit avec l'avant-bras, sur lequel elle était fortement fléchie. — Ajoutons qu'une partie de la peau du dos de la main, du pouce et de l'index était également frappée presque complétement d'insensibilité. Certes, à tous ces symptômes réunis, il n'était pas difficile de diagnostiquer la lésion; c'était assez clair : on avait affaire à une plaie du nerf radial. En très peu de temps, les plaies d'entrée et de sortie ont pris un aspect louable et ont marché rapidement vers la cicatrisation; mais l'insensibilité signalée persiste encore dans son intensité; aujourd'hui encore, les mouvements de supination restent impossibles, et le malade ne peut les faire exécuter qu'en se servant de l'autre main. » (Jobert, Plaies d'armes à feu, p. 100.)

On pourrait peut-être se demander, dans ce cas, si le nerf musculo-cutané n'était pas en même temps intéressé que le radial, puisque la peau des trois premiers doigts était elle-même insensible. Quoi qu'il en soit, toujours est-il qu'il y a entre ce fait et celui

de la Charité une différence assez grande, qui semble venir à l'appui de notre conclusion. On comprend, au reste, parfaitement la différence d'effets qu'a signalée M. Jobert, suivant que le nerf radial est blessé au bras ou bien à l'avant-bras, vu les rameaux que ce nerf donne au triceps brachial et à d'autres muscles qui agissent sur l'avant-bras. Au reste, M. Jobert fait remarquer que, comparativement aux blessures des nerfs des membres inférieurs, celles du membre thoracique sont toujours plus graves et s'accompagnent de douleurs excessivement vives. Cette différence se rattache probablement à l'importance de vitalité de la source des nerfs, en raison de la hauteur du point de la moelle d'où ils naissent. « Le radial émane de la sixième paire cervicale, à laquelle se joint supérieurement un gros cordon détaché de l'axillaire, et inférieurement un autre cordon que le septième produit. » (Sabatier).

Le nerf médian a été plus souvent lésé; la chose était fréquente dans l'opération de l'anévrysme, d'après l'ancienne méthode; et ses effets sont mieux connus. Une chose étonnante, c'est que la ligature de ce nerf n'entraîne pas de paralysie, au dire de Sabatier. — « Ce n'est pas, dit ce célèbre praticien, que la ligature du nerf dont il s'agit soit aussi dangereuse qu'on pourrait le croire : il y a des praticiens qui l'ont faite par mégarde; d'autres, de dessein prémédité, parce que l'expérience leur avait appris qu'il n'y avait rien à en craindre ; et d'autres enfin, parce qu'il y avait trop de confusion entre les parties, pour qu'ils pussent connaître le trajet du nerf; et ils n'ont pas vu que les suites de l'opération en aient été plus fâcheuses. Le seul inconvénient qui en soit résulté, c'est que les malades ont donné plus de marques de sensibilité au moment même où l'on serrait la ligature; du reste, il n'est pas survenu de convulsions, comme on le dit ordinairement, et l'avant-bras n'a pas perdu le mouvement et le sentiment: ou, si cet accident est arrivé, il a duré fort peu de temps. » (Sabatier, Anat., t. 4, p. 259.)

Un fait récent cependant, publié par M. Jobert, tend à démontrer que les blessures du nerf en question peuvent produire la paralysie des doigts et la perte du sentiment dans ces parties. Il s'agit d'un jeune homme nommé Leclerc, âgé de 14 ans, blessé en juillet 1830 de deux coups de feu, l'un à l'épaule gauche, l'autre dans l'épaisseur du bras du même côté. La seconde balle était entrée par la partie interne du bras, près de l'aisselle. Le blessé a ressenti aussitôt un engourdissement dans la main correspondante, puis des douleurs d'une violence extrême dans cette partie, lesquelles ont persisté pendant longtemps et empêchaient le malade de dormir. Ces douleurs étaient modérées au bras et à l'avant-bras; mais elles devenaient intolérables au poignet, à la face dorsale de la main et le long des doigts : *ceux-ci étaient paralysés*, à l'exception du petit doigt. M. Jobert diagnostiqua une lésion du nerf médian. La paralysie persistait encore huit mois après, ainsi que les douleurs, mais celles-ci étaient alors moins intenses. Généralisant ses recherches sur le nerf en question, M. Jobert est arrivé à cette conclusion : qu'il s'agit ici d'un nerf plus particulièrement destiné à la sensibilité de la pulpe des doigts, au sens du toucher (ouvr. cité, p. 102). La même caractérisation pourrait être appliquée au nerf cubital. « On a vu, dit Boyer, la section du nerf cubital, entre la tubérosité interne de l'humérus et l'olécrâne, priver du sentiment les deux derniers doigts, sans les priver du mouvement, parce que les muscles qui meuvent les doigts reçoivent des nerfs d'ailleurs » (t. 11, p. 311). Nous ne devons pas omettre de rappeler, au reste, que Larrey prétendait avoir guéri souvent des paralysies des membres produites par des coups de feu, à l'aide de moxas répétés autour des parties blessées. M. Hippolyte Larrey rapporte le cas d'un individu atteint d'une paralysie complète du bras gauche, par suite d'un coup de feu reçu dans les journées de juillet 1830 à travers la poitrine. Il fut guéri tout à fait par l'application de plusieurs moxas au dessous de la clavicule, sous le mamelon, et plusieurs autres successivement autour des plaies. Chez un autre qui avait eu le plexus brachial lésé dans une plaie de l'épaule, et qui avait une paralysie du bras, les mêmes résultats eurent lieu (Relation chirurg. de 1830). On ne s'explique pas suffisamment ces résultats, dans l'état actuel des connaissances.

Terminons ces considérations par quelques autres remarques sur la paralysie par action extensive des nerfs; car c'est là le point nouveau de cet article. On peut s'étonner, après le fait de la Charité, que la chose n'arrive pas souvent dans la réduction des luxations du bras. On cite, il est vrai, le cas de M. Flaubert, de Rouen, qui aurait, pendant les efforts de réduction d'un bras luxé, arraché les radicules du plexus brachial à leur origine, à la moelle. Le mécanisme de ce phénomène cependant n'est guère concevable, et il se peut que la lésion rencontrée par M. Flaubert fût indépendante de ses tractions. Comment admettre la possibilité du fait, puisque dans plusieurs cas d'arrachement du bras que la science possède, on n'a rien observé de pareil? Pour qu'on tiraillât les nerfs du membre au point de porter atteinte à la moelle, il faudrait d'abord déchirer les artères, les veines et les muscles; car ces parties sont moins résistantes que les nerfs. Nous avons vu en effet à l'hôpital Saint-Louis, dans des cas d'arrachement, les nerfs résister, ne se rompre que les derniers et en deçà de la plaie des muscles et des vaisseaux. M. Velpeau lui-même, au surplus, semble avoir conçu quelques doutes sur la réalité du fait de M. Flaubert (Anat. chir., t. 1, p. 136), et pourtant Dupuytren, qui le citait souvent, l'admettait sans réserve. D'un autre côté, il est des observateurs qui prétendent que la distension outrée des nerfs n'entraîne pas des conséquences aussi graves qu'on pourrait le supposer.

« Il existe, dit Olivier d'Angers, des exemples assez nombreux d'arrachement d'une partie ou de la totalité d'un membre, et les nerfs sont alors nécessairement violemment

distendus et déchirés. Béclard en a cité plusieurs où la guérison eut lieu sans qu'il soit survenu les complications que pouvait faire craindre une pareille lacération de tous les tissus. Des expériences faites directement sur les animaux ont montré que la distension violente et la rupture d'un gros nerf ne détermine pas d'accidents fort graves : les animaux ont guéri avec une paralysie plus ou moins complète. Quand la distension a lieu graduellement et lentement, le tissu du nerf est généralement peu altéré, et les fonctions ne sont pas très notablement troublées ; mais elles sont, au contraire, très manifestement altérées si la distension est rapide. Toutefois la paralysie partielle et l'insensibilité plus ou moins complète qui en résultent se dissipent généralement avec la cessation de la distension du nerf. »

Concluons d'après les faits précédents : 1° que les paralysies traumatiques de l'avant-bras sont souvent complexes, difficiles, sinon impossibles à isoler anatomiquement. Il en est autrement cependant de celles du bras ; 2° que la lésion de chaque nerf de l'avant-bras n'entraîne pas toujours une impuissance musculaire ; 3° que ces sortes de paralysies guérissent souvent à la longue par les seules forces de l'organisme.

L'amputation partielle du pied, dont nous nous sommes dernièrement occupé dans un article spécial (t. 2, p. 295), se trouve, pour ainsi dire, à l'ordre du jour aujourd'hui. On s'élève contre elle, on la blâme, on voudrait la proscrire de la chirurgie, si grands sont les défauts qu'on lui impute, qu'on lui retrouve, et l'on voudrait lui préférer l'amputation de la jambe près des malléoles. Cette dernière opération est jugée moins et ses résultats plus heureux. Il ne s'agirait de rien grave, moins, comme on le voit, que d'une réforme complète, ou plutôt d'une extradition formelle, en dépit des services reçus, services qu'on méconnaît, au reste, puisqu'on soutient qu'à la longue les amputés à la Chopart éprouvent une rétraction du tendon d'Achille, une extension forcée du talon qui renverse le calcanéum en arrière, et oblige le patient à marcher sur la pointe du moignon, sur la cicatrice, ce qui rend la démarche chancelante, douloureuse, impossible. On a coupé le tendon d'Achille comme dans le pied-bot, sans un résultat bien avantageux, et l'on cite des faits tellement favorables en apparence au système de proscription, que quelques personnes pourraient subir l'influence de cette conclusion, et préférer l'amputation de la jambe à l'opération de Chopart. M. Blandin, qui a fait pour son compte un grand nombre de fois cette opération avec un heureux résultat, s'est ému à cette espèce de procès, et il lui a consacré une leçon substantielle, dont nous allons reproduire les idées principales.

D'abord, M. Blandin pose en fait que les cas malheureux qu'on invoque, et qu'il regarde comme réels, tiennent constamment au mode opératoire et aux pansements vicieux qu'on a suivis. Quand on opère d'après certaines règles que nous allons indiquer, et qu'on prend les précautions convenables dans les pansements et dans la suite de la cicatrisation, *jamais* la rétraction en question n'est à craindre, car elle n'a *jamais* lieu. M. Blandin a revu longtemps après la plupart de ses opérés ; ils ont tous conservé la position normale de leur moignon et s'en servent avec aisance. Trois opérations de ce genre ont été pratiquées depuis cinq mois par lui, à l'Hôtel-Dieu ; nous avons suivi les sujets ; le résultat a été parfait. On voit aussi en ce moment un jeune homme, dans une de ses salles, opéré par lui il y a un an ; le moignon ne laisse rien à désirer, le patient marche parfaitement sans boiter ; il saute, il danse avec force, en appuyant tout son corps sur le membre amputé. L'indication fondamentale que M. Blandin s'attache à remplir, consiste à faire contrebalancer l'action du tendon d'Achille ou des muscles extenseurs, par l'action des fléchisseurs et de ceux de la plante du pied. Pour cela, il donne au lambeau dorsal le plus de longueur possible, en le disséquant comme une sorte de manchette, avant de porter le couteau dans les articulations de l'astragale et du calcanéum avec le scaphoïde et le cuboïde. Par cette première précaution, les tendons fléchisseurs débordent la tête astragalienne et viennent s'attacher au devant de cette surface. Ensuite il donne au lambeau plantaire les mêmes avantages en longueur, afin que les tendons plantaires puissent venir se lier, s'anastomoser avec les parties précédentes, au devant de la tête de l'astragale et dans un espace cicatriciel aussi étroit que possible. Si la cicatrice, en effet, était large, faible, si les tendons dorsaux du pied courts étaient mal bridés, il est clair que le nouvel appareil tendineux ne pourrait pas contre-balancer la puissance du tendon d'Achille ; celui-ci l'emporterait, et le moignon serait basculé en arrière comme dans un pied-bot. On aurait beau alors ténotomiser le tendon d'Achille, cet allongement par derrière ne saurait donner aux fléchisseurs la force dont ils manquent. Les tendons du lambeau plantaire fixés sur le haut de la tête de l'astragale agissent d'autant plus avantageusement qu'ils sont fixés en arrière à la tubérosité postérieure du calcanéum, et qu'en avant, ils font corps avec les tendons dorsaux ou fléchisseurs, ce qui augmente singulièrement la puissance réciproque de ces deux ordres de tendons, qui tendent à porter la tubérosité postérieure du calcanéum vers le sol, et par conséquent, à contrebalancer les rétractions du tendon d'Achille. Voilà pour l'indication inhérente au mode opératoire.

Pour ce qui est des précautions dans le pansement propres à atteindre le but que nous venons de signaler, c'est-à-dire à faire adhérer les tendons plantaires avantageusement avec les tendons dorsaux dans un espace cicatriciel étroit, serré et puissant à la fois, M. Blandin se comporte de la manière suivante. Il entoure la jambe d'une petite bande jusqu'en bas ; il applique ensuite, d'arrière en avant et de haut en bas, de longues bandelettes de diachylon depuis le milieu du mollet, les fait passer par le talon, par la plante, par le devant du moignon, par le coude-pied jusqu'au milieu du front de la jambe. Ces bandelettes, posées en grand nombre, ont pour but de brider le talon et le tendon d'Achille pendant tout le temps de la cica-

trisation et longtemps après. D'un autre côté, M. Blandin a la précaution de tenir soigneusement le talon et la jambe posés en plein sur un coussin dur en balle d'avoine, afin que le calcanéum reste fixé dans la position horizontale par le poids du membre et s'oppose ainsi à la rétraction du tendon d'Achille. On comprend que si l'on posait le membre sur le tendon d'Achille, si on l'appuyait seulement sur le bord d'un coussin ou du matelas, ainsi que les malades ont de la tendance à le faire pour se soulager de la douleur que cause la pression sur le tendon, on permettrait au moignon de basculer en arrière, la rétraction aurait lieu et l'adhérence astragalienne des tendons planto-dorsaux serait affaiblie. Le même phénomène se déclarerait si l'on permettait au patient de marcher trop tôt après la guérison; la cicatrice, encore tendre, céderait, et le tendon d'Achille l'emporterait. On conçoit également que si le lambeau dorsal était trop court, les tendons fléchisseurs n'auraient pas une puissance assez grande pour lutter avantageusement avec les extenseurs.

Si l'on examine maintenant la question au point de vue clinique, on se trouve en présence d'une multitude de faits, dont les uns présentent les défauts dont nous venons de parler, les autres offrent des résultats satisfaisants. M. Blandin n'admet à ce propos aucune excuse, aucun moyen terme; si le moignon est rétracté, défectueux, la faute en est au chirurgien; c'est qu'il a mal opéré, mal pansé, mal posé le membre pendant le travail de cicatrisation; ou bien le malade a marché trop tôt, la cicatrice s'est allongée, les deux lambeaux se sont écartés, ont perdu une partie de leur force réunie, et la rétraction du tendon d'Achille se trouve en excès. Il suffit que cet excès soit peu prononcé d'abord pour que, par la suite, la démarche, la fatigue, fasse basculer petit à petit le moignon. L'expérience démontre, en effet, qu'à l'état normal, si par suite d'un abcès, d'un ulcère ou de tout autre affection à la face plantaire du talon, on marche pendant quelque temps sur la pointe du pied, le tendon d'Achille se raccourcit, et un pied-équin se déclare. Le même fait, à un faible degré à la vérité, était observé autrefois chez beaucoup de personnes qui faisaient habituellement usage de souliers à talon très élevé. On comprend par conséquent pourquoi, chez plusieurs militaires qui se trouvent en ce moment à l'Hôtel royal des Invalides, la rétraction de leur moignon tarsien ne se soit déclarée qu'à la suite de marches forcées.

Examinant enfin l'opération de Chopart, comparativement à l'amputation tarso-métatarsienne de M. Lisfranc, M. Blandin ne peut décider si cette dernière méthode offre réellement de l'avantage sur l'autre, ou même si elle n'expose pas à des fusées purulentes dangereuses et qu'on n'observe pas dans l'opération de Chopart. Pour son compte, il ne l'a pratiquée que deux fois, et il n'a pas eu à s'en louer, tandis que l'amputation de Chopart, qu'il a faite une quarantaine de fois, lui a donné des résultats généralement heureux. — M. Blandin a examiné, en dernier lieu, si l'on pouvait raisonnablement soutenir que l'amputation partielle du pied était aussi ou plus grave que l'amputation sus-malléolaire de la jambe, et il a trouvé que rien n'était plus erroné qu'une pareille manière de voir.

Hôtel-Dieu (M. Roux).

Paralysie traumatique du nerf facial.—Nous devons à M. Marcel, interne à l'Hôtel-Dieu, les premiers détails de cette intéressante observation. — « Le 24 avril 1845, à 3 h. après midi, est amené sur un brancard, salle Ste-Marthe, un homme qui, une heure auparavant, avait fait une chute sur la tête, de la hauteur d'un second étage. Placé sur le lit, j'examine le malade et je constate ce qui suit : décubitus dorsal, tête abandonnée, inclinée un peu à droite; face médiocrement colorée; paupières abaissées sur les yeux : il les lève quand on lui adresse la parole. Visage symétrique ; peut-être le sourcil gauche est plus élevé que le droit ; l'œil gauche est plus ouvert et le sillon de la joue gauche est plus prononcé. Langue bien tirée, droite, humide; pupilles égales, mobiles, médiocrement dilatées; mouvement des globes oculaires bien symétriques. Vision intacte. De temps en temps, la joue droite est soulevée, et pendant 6 ou 8 expirations successives, le malade *fume sa pipe*, c'est-à-dire gonfle et dégonfle les joues. Pouls à 54, mou, assez developpé. Peau fraîche. Respiration à 18-24, égale des deux côtés, un peu irrégulière. Tendance à l'assoupissement; perte de la mémoire sur les circonstances de l'accident : le malade ne sait pas où il est; réponses brèves, sans incohérence. Il existe à la partie droite et postérieure de la tête une plaie contuse, longue de 5 centim., sans décollement ni dénudation des os. Il y a, par l'oreille droite, un écoulement de sang qui, quoique peu abondant, est néanmoins continu. Le malade accuse, sans pouvoir s'en rendre compte, de la douleur au niveau du conduit auditif; il y porte automatiquement la main. Pas de fracture appréciable; pas d'écoulement de sang par la bouche ni les narines. Sensibilité intacte partout, égale de chaque côté du corps. Pas d'évacuation involontaire. (On prescrit : sinap., lavement purg., petit lait.)» — Aujourd'hui, 6 mai, nous avons trouvé le malade dans l'état suivant : la bouche est manifestement tournée à gauche; la joue droite est affaissée et pendante. Quand le malade tire la langue, elle se tourne à gauche. La luette est elle-même déviée à gauche. L'audition du côté droit est affaiblie. L'air que le malade expire, la bouche et le nez étant fermés, ne s'échappe pas par l'oreille droite; en d'autres termes, la membrane du tympan ne paraît pas rompue, mais on ne sait si elle ne se serait pas réintégrée, car on n'avait pas examiné l'oreille à ce point de vue; de sorte qu'on ne peut dire si le sang que le malade avait rendu par l'oreille provenait de l'intérieur de la caisse ou du conduit externe. Au reste, la paralysie n'affecte que le mouvement seulement, le sentiment étant conservé. La vue est bonne des deux côtés, mais le patient se plaint d'un sentiment pénible de lourdeur dans la tête. Le degré de paralysie ne paraît pas avoir changé depuis qu'elle existe, d'après les remarques de M. Marcel.

— Plusieurs fois déjà nous sommes revenu sur cette espèce de paralysie si fréquente et si difficile à guérir (V. t. 2, p. 452, et dern. n° p. 57). Nous nous empressons de recueillir les nouveaux faits, leur connaissance approfondie pouvant seule éclaircir les questions importantes qui s'y rattachent. Deux circonstances surtout recommandent le fait ci-dessus à l'attention des médecins : l'intégrité de la membrane du tympan et la déclaration tardive de la paralysie.

M. Marcel a remarqué, en effet, qu'à son entrée le patient ne présentait pas de paralysie, et que celle-ci ne s'était déclarée que consécutivement, par degrés, et sous ses yeux pour ainsi dire. La première condition conduit à cette conséquence, que le sang n'avait émané que du conduit auditif externe, ainsi que nous l'avons dit, et nullement de l'intérieur de la caisse. La seconde, que la paralysie se rattache à un épanchement à la base du crâne, et non à une rupture du nerf, ce qui fait espérer que ce malade peut guérir à la longue de sa paralysie. La question que cette observation soulève, c'est de savoir s'il y a ou non fracture du rocher chez le malade. Sans doute qu'on pourrait soutenir l'affirmative; mais, dans cette hypothèse, le sang sorti par l'oreille devait provenir de l'intérieur de la caisse. Or, nous venons de voir que la membrane du tympan n'avait probablement pas été déchirée. Il reste, par conséquent, douteux que le rocher fût fracturé. Il nous a semblé plus probable, pour notre compte, d'admettre un simple épanchement à la base du crâne sans fracture pour expliquer la paralysie. On voit, au surplus, que le tout se réduit à de simples conjectures plus ou moins probables, tant que des autopsies répétées ne viennent éclaircir la question.

Rupture simultanée des deux tendons extenseurs des jambes. *Cas rare.* — Un jeune homme, âgé de 23 ans, cordonnier, de bonne constitution, robuste, descendait un escalier quand le talon de sa botte s'est accroché contre un trou d'une marche; il a perdu l'équilibre et a fait de violents efforts pour s'empêcher de tomber. Pendant ces efforts il a éprouvé un claquement, un sentiment de rupture dans ses deux genoux, successivement, et il est tombé; mais il ne peut se rappeler dans quelle posture étaient son tronc et ses membres au moment de cette rupture; s'il avait le tronc rejeté en arrière, si les genoux étaient fléchis ou étendus, etc. Il s'est relevé, mais il n'a pu se tenir sur ses jambes, son tronc s'affaissant sur ses jarrets. Il s'est donc fait transporter à l'Hôtel-Dieu, où il a été reçu, salle Ste-Marthe. A l'examen, on ne comprenait pas trop d'abord ce qu'il avait; ses genoux étaient gonflés, comme hydarthriques; un renflement existait au dessus des rotules. On pouvait supposer une fracture des deux rotules; mais ces deux os étaient sains, et l'on pouvait leur imprimer des mouvements de latéralité extraordinairement larges. Cette mobilité latérale extrême et le commémoratif précédent ont déjà mis dans la voie de la lésion. On a essayé de faire tenir le malade debout, et il s'est affaissé, il allait tomber par l'inflexion des jarrets. On a facilement constaté la rupture des deux tendons qui s'était opérée au niveau des deux rotules; un écartement assez grand, de plusieurs centimètres, existait entre la rotule et le bout rétracté des tendons. M. Roux a placé le malade, avec les deux membres relevés, sur un plan incliné des pieds vers les fesses, ainsi qu'on le fait pour les fractures transverses de la rotule. Un bandage unissant a été appliqué à chaque membre. Il est probable que ce malade guérira sans faiblesse consécutive, la réunion avec la rotule pouvant s'accomplir facilement; mais ne restera-t-il pas prédisposé à de nouvelles ruptures?

—Bien que nous ayons classé ce fait au nombre des cas rares, la science possède déjà un assez grand nombre d'observations pareilles, et l'on peut affirmer que la lésion est déjà parfaitement connue. Une première réflexion qui se présente, c'est qu'il faut, pour cette rupture, une certaine prédisposition, savoir : un défaut de résistance dans le tendon, ou un excès de force dans la rotule. On a remarqué, en effet, chez l'individu de l'Hôtel-Dieu, que les rotules étaient très développées, plus larges, plus épaisses que de coutume. Dans les circonstances de sa chute, on n'observe ordinairement qu'une fracture de la rotule, par la raison que généralement les tendons et les ligaments sont, chez les jeunes sujets comme chez les vieillards, plus résistants que les os; et la preuve, c'est que les fractures arrivent plus facilement que les luxations à ces deux époques de la vie. On peut en dire autant de la rotule, par rapport au tendon extenseur de la jambe, à toutes les époques de la vie. Il en est, au reste, des conséquences de cette rupture comme de celles de la fracture de la rotule, le tout étant subordonné au degré de déchirement des tissus circonvoisins. Aussi trouve-t-on des différences notables dans les terminaisons des faits de ce genre rapportés par Ruysch, par J. L. Petit, par Molinelli, par Saucerotte, par Boyer. Tantôt les malades sont restés estropiés, faibles sur leurs genoux, et il a fallu avoir recours à différentes mécaniques pour les aider à bien marcher; tantôt, au contraire, ils ont guéri parfaitement; mais cette guérison n'a été complète qu'à la longue. Dans un cas de Boyer, on trouve des détails intéressants que l'on sera bien aise de rapprocher des précédents. Les voici :

— « Un jeune homme de 20 à 22 ans, perdit l'équilibre en patinant sur la glace, et fut en danger de tomber à la renverse; dans l'effort qu'il fit pour ramener le corps en avant, il se rompit le tendon des muscles extenseurs de la jambe droite : il tomba pourtant et se fractura le fémur du même côté dans sa partie moyenne. On le porta à l'hôpital de la Charité. On sentait au dessus de la rotule un vide d'un travers de doigt, qui augmentait lorsqu'on fléchissait la jambe, et qui diminuait quand on l'étendait. Dans le traitement de cette double maladie, j'eus l'attention de placer sous la jambe des coussins de balle d'avoine assez épais pour mettre la jambe dans la plus grande extension possible. Le malade resta au lit pendant trois mois, quoique la fracture fût consolidée au bout de 50 jours. Ensuite, il commença à se lever et à marcher en se soutenant sur des béquilles qu'il remplaça au bout d'un mois par une canne. Enfin, un an après son accident, il marchait sans aucun appui, avec la même facilité qu'avant son accident. »

Hôpital Saint-Louis (M. Jobert).

Coup de feu pénétrant a la poitrine. — Un jeune homme, âgé de 29 ans, bijoutier, venait de se marier depuis quinze jours et de vendre son fond de commerce; ses capitaux venaient d'être compromis. Frappé de chagrin, il a conçu le projet de se détruire. Il s'est mis dans un bain. Au sortir de celui-ci, il s'est appliqué un pistolet chargé à balle à quelques centimètres de la mamelle gauche; le coup a pénétré dans la poitrine à travers le mamelon. On a de suite transporté le malade à St-Louis. A l'examen, il est très pâle, extrêmement oppressé, aphone, faible, fort dyspnéique. La plaie est petite, offre tous les caractères des

lésions par armes à feu. On examine, on palpe ses alentours pour s'assurer s'il y a fracture; on n'en trouve pas. On cherche la balle sous la peau, aux environs, sans résultat. La percussion et l'auscultation font constater un épanchement dans la poitrine, en arrière et en bas. On pratique une saignée du bras, une autre le lendemain. Sangsues autour de la plaie. Les symptômes dyspnéiques persistent; ils augmentent les jours suivants. Pouls petit et très fréquent. Plus tard, des symptômes d'emphysème pulmonaire se déclarent. Huit jours après, le pneumothorax est très manifeste, en arrière du côté de la blessure. Auscultation : résonnance de la voix, tintement métallique. Nous oubliions de dire que, vers le cinquième jour, la balle a été sentie, en arrière, sous les téguments de la poitrine, près de la colonne vertébrale, un peu plus bas du plan du mamelon blessé. M. Jobert a pratiqué une incision et lui a donné issue. Le malade s'est affaibli de plus en plus, et il a fini par s'éteindre vers le seizième ou dix-septième jour de l'accident. L'autopsie n'ayant pu être faite le jour où elle devait l'être, vu l'inspection juridique que le cadavre a dû subir, nous n'avons pu la suivre. Voici cependant la note qui nous a été adressée à ce sujet par M. Vaussin, élève distingué, interne à St-Louis, chargé de l'autopsie :

« *L'examen du cadavre* a fait reconnaître que la balle, entrée par le centre même du mamelon gauche, avait parcouru obliquement, de haut en bas, les parois de la poitrine dans une étendue de 2 cent. jusque vers le bord supérieur de la 5e côte qui était brisée; à partir de ce point, la balle, glissant en dehors du péricarde, traversait le poumon d'avant en arrière et de haut en bas, pour aller sortir par le 8e espace intercostal, à trois travers de doigt de la colonne vertébrale. Là la balle s'était arrêtée dans le tissu cellulaire sous-cutané; elle en fut retirée par M. Jobert à travers une incision faite aux téguments. En arrière, il n'y avait pas de fracture de côtes. Quant au poumon, il fut trouvé affaissé contre la colonne vertébrale, réduit au volume des deux poings réunis : ses deux lobes étaient traversés par la balle; le trajet parcouru par le projectile était rempli de lymphe plastique; dans son voisinage, quelques noyaux infiltrés de pus, indurés; le reste du poumon était flasque, nulle trace de suppuration dans le parenchyme pulmonaire, non plus que dans le trajet qu'avait parcouru la balle. — Le poumon était libre de toute adhérence; par suite de son refoulement contre le médiastin, la plaie de sa face antérieure était fort éloignée de la paroi thoracique, et s'ouvrait librement dans la plèvre dont la cavité était occupée par de l'air, un demi-litre de sérosité fortement colorée par du sang; dans le point le plus déclive de la plèvre, se trouvaient environ trois palettes de sang coagulé, enveloppé par une fausse membrane incomplétement organisée. »

— Cette autopsie offre un véritable intérêt; elle démontre que le malade est mort asphyxié par le refoulement compressif du poumon, occasionné par la présence du liquide sanguinolent et de l'air dans la cavité thoracique. Cet air provenait sans doute de l'action primitive du projectile; nous disons primitive, car, par la suite, le trajet de la balle s'est trouvé mastiqué par de la lymphe plastique. Comment se fait-il donc que cet épanchement aérien n'ait point été absorbé pour permettre au poumon de se développer? Il y a là vraisemblablement des conditions que nous ne saisissons pas suffisamment. Il est probable que l'état de morosité, dans lequel le malheureux patient se trouvait, entre pour quelque chose dans cette espèce d'indifférence de l'organisme à réagir heureusement contre le mal. Il est présumable aussi que l'étude des plaies pénétrantes du poumon, même les plus simples comme celle-ci, réclame de nouveaux éclaircissements pour être comprises parfaitement. La pratique civile offre si peu d'exemples de ce genre, que c'est plutôt aux chirurgiens militaires que l'on doit confier la solution de ce problème. Les chirurgiens ne savent pas, pour la plupart, apprécier convenablement les lésions du poumon, les maladies de cet organe étant du ressort de la médecine. C'est là l'un des grands inconvénients de la séparation de ces deux branches de l'art.

Hôtel-Dieu (M. Blandin).

Atrésie des narines. — On sait que quand, par suite d'ulcérations, de boutons véroliques, de brûlure ou de toute autre cause, les ouvertures des narines ont été rétrécies, il est très difficile de les élargir d'une manière permanente. On les dilate bien d'abord, à la vérité, à l'aide d'incisions et de tampons en permanence, mais à mesure que la cicatrice de la division se forme, l'ouverture se rétrécit de nouveau, et enfin le tissu inodulaire se contracte tellement que la narine revient à son point anormal primitif. C'est aussi ce qui arrive souvent après l'opération de la rhinoplastie la plus heureuse. Il existe en ce moment dans les salles de M. Blandin une femme à laquelle il avait fabriqué un nez avec de la peau du front. Ce nez était satisfaisant. Nous avions déjà parlé de cette femme il y a plusieurs mois, lorsqu'elle se trouvait à la Charité pour être guérie d'une récidive de son lupus primitif qui s'était déclaré autour du nouveau-nez. Ce lupus a été guéri par MM. Chassaignac et Gerdy, à l'aide des seules cautérisations avec le nitrate acide de mercure. Dans ces entrefaites, les ouvertures du nouveau nez qui duraient déjà depuis trois ou quatre ans ont fini par s'oblitérer complétement, et le nez a acquis en définitive la forme d'une petite figue légèrement aplatie. On comprend déjà qu'indépendamment du timbre nasillard, que la voix de cette femme a acquis par l'absence absolue de narines, sa respiration est gênée, et elle est obligée de dormir la bouche béante. — Dans les cas en question, M. Blandin a appliqué depuis longtemps une méthode que Delpech avait imaginée pour la formation de toute la lèvre inférieure. Cette méthode consiste à couper un grand lambeau de peau qu'on redouble sur lui-même, de telle sorte que ses faces saignantes se trouvent en contact réciproque et adhèrent entre elles. Ainsi, pour la lèvre inférieure, par exemple, Delpech faisait remonter un lambeau coupé carrément sur la peau du cou jusqu'à ce qu'il arrivât à la hauteur du nez, puis il le retroussait comme une manchette du côté de la surface saignante, et il obtenait de la sorte une lèvre à bord arrondi, non susceptible de raccourcissement par le fait du travail cicatriciel.

Chez la femme en question, M. Blandin a commencé par former une narine de la manière suivante. Il a coupé laté-

ralement et un peu obliquement un lambeau en V sur le bout du nez, et il a pénétré jusque dans la fosse nasale. Ce lambeau pendant a été bien disséqué, puis poussé en arrière dans la narine, de manière à l'accoller contre la face interne ou la voûte du nouveau nez, et l'obliger à y adhérer. De la charpie introduite dans la nouvelle ouverture a suffi pour fixer le petit lambeau comme nous venons de le dire. On comprend que ce lambeau disposé de la sorte fait l'office de coin par rapport aux bords latéraux saignants de l'ouverture, et les empêche par conséquent de s'affaisser et de fermer celle-ci. Dans une autre séance, il percera une seconde ouverture à l'autre côté. Dans quelques cas d'atrésie des narines naturelles, M. Blandin a fait pour chaque narine trois incisions disposées comme une lettre H. Il en est résulté deux lambeaux mobiles comme deux valvules, qu'il a repoussées en dedans où elles ont acquis des adhérences, et la nouvelle ouverture est restée parfaitement béante. Ce mode opératoire est la seule ressource efficace que l'art présente réellement pour les cas de ce genre. — Terminons ces remarques en rapportant une expérience curieuse que M. Blandin nous a fait constater chez la femme dont nous venons de parler. Il lui a fait boucher les yeux et pincer le haut du nez entre deux doigts; puis il lui a piqué à différentes reprises le bout du nez avec une épingle; constamment la femme a rapporté la sensation au front, sur le point de la cicatrice où la peau du nez avait existé autrefois. Il est vrai que le pédicule de ce nez n'avait pas été coupé, et qu'il communiquait par conséquent immédiatement avec la peau du front. Cependant, toujours est-il curieux et singulier qu'en piquant le bout du nez, la patiente ne rapporte pas la douleur sur le point piqué, mais bien sur le front.

Fractures diaphysaires du fémur. — Ecrire encore de nos jours sur le traitement des fractures du corps du fémur, peut sembler, au premier aspect, chose banale et superflue. Les hommes pratiques cependant ne partagent pas une pareille fin de non-recevoir, par la raison que la thérapeutique de ces fractures laisse encore des lacunes importantes à remplir. Aussi avons-nous cru utile de saisir l'occasion d'un malade couché dans le service de M. Blandin, et auquel on vient d'ôter l'appareil d'une fracture de ce genre, pour présenter quelques remarques que nous avons puisées à la clinique de ce chirurgien. — On ne peut se dissimuler qu'indépendamment de leur gravité intrinsèque, les fractures diaphysaires de la cuisse chez l'adulte sont généralement plus difficiles à bien guérir que d'autres, par la raison qu'elles sont ordinairement obliques et sujettes à de grands déplacements. Ces déplacements étant entretenus par des puissances musculaires très grandes, l'art reste généralement au dessous de leur action. Aussi ne trouvera-t-on que bien rarement des fractures en question réunies sans un raccourcissement plus ou moins grand. Leur guérison, en effet, ne s'effectue pas sans un certain chevauchement; la chose est facile à vérifier. Cette question nous occupe depuis longtemps; nous avions observé attentivement un assez grand nombre de sujets à l'Hôtel-Dieu comme à la Charité, à St-Louis comme à la Pitié, à Beaujon comme aux Invalides et ailleurs, et partout le fait du chevauchement, du raccourcissement a été patent. Les choses ne se passent pas autrement en ville; nous ne pouvons, à ce sujet, nous permettre de citer que les cas de notre propre pratique. Ainsi voilà un point fondamental qui ne comporte pas de contradiction à un point de vue général. L'on peut cependant invoquer quelques exceptions; mais ces exceptions elles-mêmes ne font que confirmer le fait général dont nous nous occupons en ce moment.

Que d'inventions n'a-t-on pas vu naître depuis l'antiquité pour éviter le résultat dont il s'agit! Tous ces efforts sont restés à peu près infructueux, et l'on peut dire en vérité que, de nos jours, les fractures obliques du corps du fémur ne se guérissent qu'à peine mieux que du temps d'Albucasis. Aussi ne devrait-on pas s'étonner encore à présent si quelqu'un venait répéter avec Hippocrate : « que pour guérir sans claudication de la fracture du corps du fémur, il faudrait se casser les deux cuisses à la fois! » La dernière des inventions que l'art a eu à subir pour le traitement de cette maladie, c'est le bandage dextriné. Ce bandage a échoué comme les autres, et plus encore, car M. Blandin qui s'en était déclaré partisan, qui l'a d'ailleurs conservé pour les autres fractures, a fini par l'abandonner pour celle de la cuisse et lui préférer l'appareil classique de Scultet, modifié cependant par l'addition d'un second système d'attelles. Je m'explique : Il commence par poser le membre sur un plan horizontal à l'ordinaire, et par entourer le pied et la jambe d'une simple bande en doloire. Le bandage à bandelettes séparées n'est donc appliqué, par M. Blandin, que depuis le genou jusqu'à l'aine. Il pose cependant entre ce bandage et la peau quatre attelles de la longueur de la cuisse, entourée chacune dans un linge, à l'instar des compresses graduées de la fracture de l'avant-bras. Ces quatre attelles sont placées, l'une en arrière, l'autre en avant, et les deux autres sur les parties latérales, absolument comme dans la fracture du bras, et elles sont fixées par les bandelettes de Scultet, qui les recouvrent. Viennent ensuite, par dessus ce bandage, les grandes attelles ordinaires et les paillassons qui s'étendent à tout le membre. De cette manière, le membre fracturé se trouve emboîté dans un double système d'attelles, dont les unes, de la longueur de la cuisse, sont profondes, en contact immédiat avec ce membre; les autres s'étendent jusqu'au delà du pied et sont fixées par les lacs d'usage. Il s'ensuit une force coaptatrice plus puissante que par l'appareil ordinaire de Scultet, les muscles sont mieux bridés, le glissement ascensionnel du fragment inférieur, et partant le chevauchement, sont plus difficiles. Aussi les guérisons sont-elles plus parfaites, à un petit raccourcissement près. Le malade dont nous venons de parler, et qui a été traité de la sorte, nous a confirmé dans l'opinion que nous venons d'exprimer.

— Il nous a semblé utile, dans l'état actuel des connaissances, d'appeler l'attention sur cet important sujet. Une fracture de la cuisse est une affection grave dont les suites sont souvent plus ou moins fâcheuses; aussi ne saurait-on trop s'empresser de faire connaître tout ce qui peut être considéré comme un perfectionnement à cet égard. Le double système d'attelles dont nous venons de rendre compte sera probablement regardé comme tel. D'avance, cependant, nous pouvons dire que peu de chirurgiens des hôpitaux l'adopteront, chacun ayant déjà sa méthode de prédilection, ce qui ne nous empêchera pas de dire hautement nos impressions. Il est bien entendu, au reste, que nous ne donnons pas comme neuf le système des doubles attelles, puisque Dupuytren s'en servait déjà, ce qui donne à la chose et plus d'autorité et plus de crédit.

Hôpital de la Charité (M. Velpeau).

Balle dans la langue depuis onze mois. — Un jeune soldat de l'armée d'Afrique, en service depuis cinq ans, se battait contre les Arabes, il y a onze mois, lorsque

dans un moment de charge, en courant agressivement avec sa compagnie, et étant par conséquet essoufflé et à bouche demi-béante, il a été frappé d'une balle ennemie dans cette cavité. Le projectile est entré obliquement par l'ouverture buccale et il est venu frapper contre les trois premières dents molaires inférieures du côté droit, qu'il a fracassées et entraînées dans la substance de la langue. Cet organe s'est trouvé, par conséquent, blessé précisément à son bord latéral droit. Il n'y avait pas, au dire du malade, de plaie à la joue, puisque la balle était entrée par l'ouverture naturelle de la bouche. Cependant le point de la joue correspondant aux molaires frappées, s'est consécutivement ulcéré et perforé de part en part; on y voit, en effet, une petite cicatrice crispée, ce qui fait présumer qu'une escarrhe s'y était formée de dedans en dehors. Le patient a senti le coup, et il avait cru un instant qu'il venait d'être heurté par la bouche du fusil d'un voisin. Il a été traité dans un hôpital d'Afrique, où on lui a extrait deux dents qui étaient insinuées dans la langue et qu'il conserve encore. La balle n'avait pas été retrouvée. Enfin, le malade est sorti en conservant du gonflement dans la langue; la parole, la mastication, la déglutition étaient restées gênées; une salivation abondante et incommode persistait d'ailleurs. Il a terminé, en attendant, son temps de service, et il est rentré dans la vie civile en conservant son infirmité. Cet état de choses lui a fait réclamer les secours de l'hôpital de la Charité. Une tumeur existait dans le côté blessé de la langue, avec une ulcération fistuleuse et suppurante sur le bord, entourée d'un cercle lardacé. Les antécédents et l'état présent conduisaient naturellement à la présomption de l'existence d'un corps étranger dans la langue, soit une balle, soit une dent, ainsi que le malade le présumait. M. Velpeau a pratiqué une incision le long du bord de la langue, et il l'a fait pénétrer profondement dans la direction du trajet fistuleux. Il en est sorti une balle de petit calibre, déformée par la résistance qu'elle avait rencontrée en percutant les dents. La surface de ce projectile est mâchée, facettée sur trois points par des empreintes profondes, produites évidemment par des corps durs comme une couronne dentaire. La tumeur de la langue a disparu, les bords de la plaie suppurent et s'affaissent à vue d'œil. Quelques jours après, le malade était en bonne voie de guérison; la plaie est presque cicatrisée, seulement l'un de ses bords reste encore un peu dur. La déglutition et la parole sont redevenues faciles, la salivation a beaucoup diminué.

— L'on ne saurait trop porter d'attention dans l'examen des plaies par armes à feu, au point de vue surtout de la découverte des corps étrangers qui les compliquent généralement et qui sont la source de tant d'accidents ou d'infirmités. L'exemple qu'on vient de lire est une nouvelle preuve à ajouter à mille autres qui confirment cette vérité fondamentale. On ne se doutait pas de l'existence d'une balle dans la langue de ce militaire, et l'on aurait pu prendre la tumeur pour un cancer, sans l'examen attentif et minutieux de M. Velpeau. Il est, au reste, bien remarquable que la nature ou plutôt la force organique, à laquelle on attribue communément tant de vertus, ait été impuissante, imprévoyante même dans ce cas, puisqu'elle avait enfermé le corps étranger dans un travail cicatriciel tel, qu'elle ne pouvait en sortir. L'observation précédente, au reste, est remarquable sous plusieurs autres rapports. Les lésions fonctionnelles que la présence du projectile occasionnait, ses antécédents, sa longue persistance ignorée, sont autant de circonstances dignes d'intérêt et que n'oublieront pas surtout les chirurgiens militaires qui peuvent rencontrer des faits analogues.

— A ces réflexions, nous croyons devoir ajouter le fait suivant qui nous a été communiqué par notre honorable confrère, M. le docteur Cappon-Veillon, avec lequel nous avions observé le malade de M. Velpeau, à la Charité. — « En 1837, étant médecin dans la commune de Vigny-sur-Vanne (Seine-et-Oise), j'ai été appelé auprès d'un homme de 45 ans environ, pour une fièvre, je crois, ou un embarras gastrique peut-être (et quoi qu'en dise M. le professeur Piorry)... n'importe... ces détails ne sont point ce qui vous intéresse. A l'examen de la langue du patient, je remarquai, au centre de cet organe, un point blanc, brillant, faisant saillie et dur au toucher; en percutant avec un stylet d'acier, je produisis un bruit sonore, comme si j'avais frappé sur un corps éburné, sur une dent. C'en était une, en effet, que je pus reconnaître parfaitement, en place, le lendemain, et que, huit jours après, notre homme, en parfaite santé, me remit, à ma demande. C'était une seconde molaire, à laquelle il manquait les racines, mais la couronne en était intacte et brillante comme la dent la plus saine. Elle venait de se dégager (toute seule) des tissus où elle s'était si bien conservée, en ne laissant à sa place qu'une légère dépression qui s'effaça bientôt.

» Au dire de cet homme, ancien militaire, il avait reçu, à la *bataille de Leipzic*, un coup de feu, de profil, qui lui traversa les deux joues, où je vis les cicatrices d'entrée et de sortie de la balle : les premières molaires, en bas et en haut et des deux côtés, n'existaient plus. Notre soldat qui, disait-il, s'était évanoui bientôt, après avoir reçu cette blessure, par une perte de sang abondante, n'avait conservé aucun souvenir des désordres qu'on dut réparer alors (et dont, je l'avoue, je négligeai de rechercher les traces). Excepté les cicatrices des joues, il n'y avait aucune altération des traits ni de la conformation de la face. Il se rappelait pourtant qu'on lui avait retiré, à plusieurs reprises, des dents brisées ou des fragments enclavés dans les tissus de la cavité buccale. »

Hôpital Beaujon (M. Robert).

Eau froide dans les lésions traumatiques. *Coup de feu au front.* — Il est des faits dans la pratique qui frappent sans cesse l'observateur par leurs résultats satisfaisants, toujours nouveaux, bien que souvent renouvelés. De ce nombre sont précisément les heureux effets de l'eau froide dans le pansement des lésions traumatiques, soit qu'on l'applique en fomentation, soit sous forme d'irrigation, ou bien encore à l'état solide (glace) dans des vessies. Nous parlions dernièrement des bons effets que l'on en retirait à l'hôpital Saint-Louis contre les brûlures, et nous avons cité le cas d'un malheureux horriblement brûlé à l'épaule, au cou et au bras, par l'incendie de ses vêtements, qu'on y traitait à l'aide de la glace. Ce malade est aujourd'hui en pleine voie de guérison, grâce à l'efficacité vraiment héroïque du moyen. Nous venons de voir deux autres malades traités de la sorte par M. Robert, et qui nous ont paru dignes d'attention. Chez l'un, il s'agit d'une jeune fille, âgée d'une vingtaine d'années, couturière, reçue depuis une dizaine de jours pour un coup de feu au front. La blessure avait été produite par un fusil chargé de menu plomb ou de limaille, qu'un jeune homme avait déchargé sur elle par

mégarde, en mettant en joue pour l'effrayer, dit-on, en jouant, présumant que l'arme fût vide. Le coup a porté de la distance de 4 mètres environ; il a fait balle et frappé la malheureuse jeune fille obliquement de droite à gauche, entre les deux sourcils et au-dessus. Il en est résulté une plaie profonde de la largeur d'une pièce de deux francs, ou un peu plus, qui a mis le frontal à découvert dans une étendue égale à celle-ci, a ébréché le bout interne du sinus frontal droit, et labouré obliquement les tissus sous-cutanés de la région périorbitaire gauche. L'œil gauche a été complétement perdu. — A l'examen, aujourd'hui, nous avons trouvé l'état suivant : La plaie intersourcilière est creuse, très profonde, à bords déchirés, contus et gonflés. Au fond est l'os frontal à nu, rugueux, infiltré de pus, mais évidemment nécrosé. A droite, cette plaie communique avec le sinus frontal par une brèche d'un centimètre de largeur. Cette communication est facile à constater en faisant exécuter à la malade une expiration, les narines étant bouchées : on voit l'air sortir par là et chasser un liquide écumeux du fond du sinus. En glissant un stylet mousse dans cette brèche, on rencontre la table postérieure du frontal, laquelle est elle-même rugueuse et sèche. Le bord gauche de la plaie tégumentaire est décollé, et offre dans la direction de l'orbite correspondante des trajets distincts produits évidemment par quelques grains de plomb qui ont filé de ce côté. L'œil gauche avait, dans les premiers jours, offert les conditions du phlegmon orbito-oculaire et il s'est fondu; la vision est perdue sans ressource. Les paupières et les tissus de l'orbite sont encore très gonflés et suppurants. Les paupières du côté droit sont également gonflées, mais l'œil correspondant est parfaitement sain. La plaie suppure assez abondamment. Pour tout pansement, on s'est contenté de la couvrir d'un linge et d'une vessie à moitié pleine de glace. Cette vessie est attachée par deux rubans au haut du lit, une infirmière la surveille afin de la replacer quand elle glisse ou tombe dans les mouvements de la malade. Plusieurs saignées ont été faites, et les accidents ont été conjurés jusqu'à ce jour. On a remarqué que quand la fomentation glacée s'affaiblissait par la fonte complète de la glace, ou que la vessie tombait et restait quelque temps sans être replacée, la malade éprouvait de suite de la chaleur vive dans la plaie, dans la tête, et des souffrances assez intenses. La malade va bien et on espère la sauver. Reste cependant à savoir ce qu'il adviendra après la chute de la portion nécrosée du frontal. C'est, comme on sait, le travail éliminatoire et suppurant qui est redoutable dans ces cas. On peut rapprocher ce fait d'un autre analogue que nous avons rapporté dans le dernier numéro, p. 62; il faut espérer cependant que la terminaison sera moins malheureuse. Nous reviendrons sur ce fait s'il y a lieu. — Chez le second malade, sujet de cet article, il s'agit d'un jeune homme qui avait essuyé une fracture de la malléole interne avec plaie pénétrante dans le foyer, et par conséquent dans l'articulation tibio-tarsienne. Ce cas se présentait avec un cortége alarmant. M. Robert a soumis le membre à une irrigation continue d'eau froide, et, grâce à ce moyen, la réaction a été presque nulle, la plaie s'est cicatrisée au bout de dix à douze jours. On a alors cessé l'irrigation, les choses paraissant bien marcher dès ce moment. Cependant le malade a un peu souffert après dans l'articulation, une lymphite s'étant déclarée dans tout le membre, et un abcès menace de se former vers le milieu de la cuisse; mais cela n'a pas un caractère grave, et tout annonce que ce malade guérira de sa fracture comme si elle eût existé sans plaie. Le membre est tenu en appareil, couché sur sa face externe.

— On a de la peine à s'expliquer l'indifférence ou la prévention de la plupart des chirurgiens des hôpitaux dans l'emploi d'un moyen aussi héroïque, et à la fois aussi innocent, aussi facile à se procurer, que l'eau fraîche pour prévenir ou combattre la réaction inflammatoire locale des lésions traumatiques. On allègue pour raison que ce moyen produit des rhumes fâcheux chez certains sujets à poitrine délicate. C'est là un simple préjugé que l'expérience journalière dément. L'humidité et la température basse d'un topique limité sur le lieu malade ne produisent point un pareil effet tant qu'il y a dans la partie tendance à la réaction, à un dégagement de calorique morbide. Les deux éléments du topique s'épuisent en effet sur ce calorique, et ce n'est que dans le cas où on en userait au delà de certaines limites que l'eau froide peut produire l'effet qu'on redoute. Aussi quand l'inflammation décline, le patient réclame lui-même la suppression du remède, l'impression qu'il en reçoit étant alors désagréable, tandis que jusque-là elle produisait un sentiment doux, calmant, rafraîchissant. Par suite de ces remarques, nous avions déjà établi, dans une autre publication, que la sensation du malade devait, dans l'usage des irrigations froides, servir de thermomètre régulateur. Il serait à désirer que les chefs des services chirurgicaux des hôpitaux comprissent enfin tous les avantages que la pratique peut retirer d'un moyen aussi énergique, et l'adoptassent dans la généralité des cas où il peut être appliqué. Il n'est pas nécessaire de recourir toujours à l'irrigation; ce mode d'administration doit être réservé pour les grandes lésions, les grands fracas des membres. La simple fomentation par des linges retrempés toutes les dix minutes dans de l'eau de pompe (ce que le malade exécute lui-même quand cela se peut) suffit le plus souvent. Une circonstance importante, c'est de ne pas étaler avec un très grand soin les compresses, de ne pas les étager ou les empiler les unes sur les autres. Par ce procédé, l'eau ne s'évapore pas très facilement, la couche profonde s'échauffe, et le membre se trouve en contact avec cette couche, d'où il s'ensuit très peu d'effet réfrigérant. Les compresses doivent être trempées, exprimées modérément et posées chiffonnées sur la partie malade, de manière à présenter des anfractuosités, des saillies, des angles, des crêtes saillantes, des gouttières, etc., et ne toucher qu'à peine la peau. De cette manière, le linge offre une plus grande surface et l'évaporation du liquide est plus prompte, plus égale partout, et l'enlèvement du calorique beaucoup plus grand.

Hôtel-Dieu. (M. Chassaignac.)

Sarcocèle. *Conditions nouvelles.* — Un homme, âgé d'une quarantaine d'années, bien constitué et bien portant, portait depuis plusieurs années une tumeur du volume du poing d'un homme adulte dans la région testiculaire droite. La masse était ronde, bosselée, lisse, élastique au toucher comme les tumeurs encéphaloïdes. La peau qui l'enveloppait était distendue et amincie, rouge sur quelques points,

et menaçait de se rompre. Soupesée dans la main, la tumeur était lourde. Un peu de liquide existait en bas. Le cordon, compris entre l'anneau et la tumeur, était très court et très gros, sans être dur. Cet espace se raccourcissait de plus en plus chaque jour, la masse morbide s'approchant continuellement de l'anneau. L'examen de la fosse iliaque et de la cavité abdominale n'a dévoilé aucune dureté, aucune tumeur. Il y avait donc lieu d'opérer. Une seule condition cependant effrayait : c'était la marche rapide et progressive vers l'anneau que la tumeur avait présentée depuis quelques jours. M. Chassaignac l'a opéré aujourd'hui, 17 mai. Après avoir disséqué la tumeur à l'ordinaire, l'opérateur a cru devoir, avant de lier le cordon en masse, s'assurer de la nature de celui-ci, puisqu'il paraissait plus que du double plus gros qu'à l'état normal, bien qu'il fût assez mou d'ailleurs. Il a donc coupé verticalement et avec précaution la gaîne fibreuse du cordon, et il est arrivé graduellement à mettre à nu ses éléments vasculaires, son cordon déférent et le tissu cellulaire propre, qui étaient partout flexibles et mous comme à l'état sain. Pendant ces débridements sur le cordon, il s'est produit un phénomène singulier : c'est que le cordon s'est allongé tout d'un coup au moins de six millimètres, comme si on venait de couper une corde qui le tenait redoublé sur lui-même. On a compris de suite que la gaîne celluleuse du cordon et son tissu albuginé avaient été rétractés par le travail morbide, fait remonter la tumeur vers l'anneau, et obligé le cordon renfermé dans la gaîne à se replier sur lui-même sans être malade. Dès lors une ligature en masse a été posée, et l'opération achevée.

A la dissection, la masse morbide a paru formée entièrement de cancer aréolaire, variété rare, à peine signalée par les auteurs qui se sont occupés des maladies du testicule. Cette masse, coupée en deux, ressemblait exactement à une éponge à cellules fines qui aurait été trempée dans du suif fondu. Du milieu de ces aréoles lardacées, innombrables, sortait une quantité prodigieuse, également innombrable, de petites vésicules aqueuses, comme d'hydatides fixes, du volume de petites graines de chènevis ou de petits pois, contenant un liquide parfaitement transparent comme le cristallin ou le corps vitré. En piquant ces vésicules avec la pointe du bistouri, on fa sait jaillir une gouttelette d'eau transparente. Partout où chaque moitié de la tumeur était fendue, on trouvait la même structure aréolo-cancéreuse ou lardacée et hydatiforme. On aurait dit, à la vue de ces masses de vésicules adhérentes, oblongues, qu'il s'agissait d'une sorte d'hydropisie générale des zoospermes! la substance testiculaire cependant avait entièrement disparu.

— Le premier fait important et nouveau dans cette observation, est dans l etat froncé, replié du cordon, par suite de la rétraction des tissus fibreux qui l'enveloppent. Cela avait, d'une part, attiré la tumeur vers l'anneau, de l'autre, augmenté considérablement le volume et l'épaisseur de la portion restante du cordon ; de telle sorte que, sans un examen minutieux de la portion iliaque du cordon, on aurait pu juger inopérable une affection qui l'était très bien en réalité. Nous ne sachons pas que cette circonstance du repliement spontané du cordon dans sa gaîne ait encore été signalée par les auteurs. Le second point concerne la forme si singulière de ce cancer. Nous l'observons pour la première fois, ce qui doit nous faire présumer qu'elle est très rare. Vient enfin le mode de ligature suivi par M. Chassaignac : c'est la ligature en masse. On sait que M. Velpeau, M. Lisfranc et d'autres, ne lient pas autrement le cordon testiculaire ; tandis que M. Roux, M. Blandin, M. Jobert lient en détail, c'est-à-dire ils coupent la tumeur, ou plutôt le cordon, au point voulu, en retenant entre les trois premiers doigts d'une main la portion supérieure avant de couper ; puis ils saisissent avec une pince ou avec un tenaculum les artères l'une après l'autre, comme dans un moignon d'amputation, et les lient. De la sorte on ne comprend dans la ligature ni le cordon déférent, ni les veines, ni les nerfs. Nous avions été nous-même partisan autrefois de la ligature en détail. Cependant la réussite constante que nous avons observée de la ligature en masse, sa prompte exécution, la sûreté même d'être ainsi maître du cordon en cas de rétraction consécutive dans la fosse iliaque, nous a ramené à ce mode de ligature. On avait cité autrefois quelques exemples d'accidents par la ligature en masse ; mais, outre que ces exmples sont contestables, la chose ne s'est plus réproduite depuis. Nous devons dire néanmoins que, dans un cas de castration que nous avons pratiquée, il y a deux mois, pour une tumeur encéphaloïde, et pour laquelle les lumières de plusieurs notabilités chirurgicales des hôpitaux ont été mises à contribution, la ligature en masse, qui déjà nous avait réussi dans un autre cas il y a un an, a été suivie d'une hémorrhagie fort grave qui s'est réproduite quatre fois à six jours de distance l'une de l'autre. Il a été constaté cependant que l'hémorrhagie se rattachait à un état constitutionnel morbide, puisque sa première déclaration n'a eu lieu que six jours après la chute de la ligature, et alors que la plaie était presque entièrement cicatrisée. La compression avec un tourniquet d'abord, puis avec un bandage herniaire, a arrêté facilement le sang, qui s'est pourtant réproduit quand on a cessé de comprimer. Un fer rouge a été enfin appliqué, et le sang n'a plus reparu. La plaie s'est cicatrisée, mais plus tard le malade est mort d'hydropéricarde. L'autopsie, que nous avons faite avec le docteur Guepratte, nous a montré l'artère spermatique un peu grosse, mais saine et oblitérée seulement dans le nœud de la cicatrice ; une quantité énorme d'artérioles hypertrophiées, béantes, entouraient la ligne cicatricielle. Nous sommes resté dans le doute sur la véritable source de l'hémorrhagie. Ce fait ne sera pas perdu pour l'art ; nous ne pouvons attribuer l'accident à la ligature en masse.

Kyste synovial a la fesse. — Un homme présentait une tumeur profonde, du volume d'un œuf, vers le niveau de la tubérosité ischiatique. Cette tumeur était mobile, rénitante, sans changement de couleur à la peau, non liée aux vaisseaux ni aux nerfs de la région, ni aux viscères intrapelviens. Elle offrait toutes les apparences des kystes. M. Chassaignac, se rappelant qu'il y avait sur la tubérosité ischiatique une bourse muqueuse ou synoviale sur laquelle glisse le muscle grand fessier, y a diagnostiqué une tumeur synoviale analogue à celle qu'on rencontre souvent au devant du genou, et qu'on appelle hygroma. Une ponction avec un trois quarts a confirmé le diagnostic. Injection iodée. Guérison. — On reconnait les avantages de l'injection io-

dée dans ces sortes de tumeurs profondes qu'on n'aurait pu enlever avec le bistouri sans exposer le malade à une opération douloureuse, plus ou moins grave, et assurément à des pansements assez longs. Il est à remarquer que la guérison suit ici les mêmes phases que dans l'hydrocèle des bourses, c'est-à-dire la tumeur se gonfle après l'injection, devient de nouveau fluctuante par la présence d'une matière cotonneuse, plastique, puis se contracte, s'indure et ne disparaît complétement qu'après un certain temps.

BULLETIN OPHTHALMOLOGIQUE

DES HOPITAUX.

Entropion double. Cécité. *Opération* (M. Velpeau). — Une jeune fille, âgée de 15 à 16 ans, bien développée, régulièrement menstruée, de constitution lymphatique, à chairs mollasses, bouffies, gros nez, etc., a été reçue à la clinique de la Charité pour être guérie d'une cécité complète des deux côtés, et en même temps de souffrances vives qu'elle accusait dans les yeux, ainsi que d'une photophobie très intense. A l'examen, on a trouvé les quatre paupières épaissies, allongées et introversées (entropion). Les cornées, complétement opaques et sclérotisées dans toute leur étendue, étaient en même temps enflammées par l'action traumatique des cils. Le commémoratif a appris que la patiente avait mal aux yeux depuis son enfance; que ce mal n'était, dans son origine, qu'un simple entropion; que les médecins de son pays avaient voulu l'opérer de cette maladie, et que les parents s'y étaient refusés. Il en est résulté une kératite chronique qui s'est terminée, depuis longtemps, par la cécité, et partant l'entropion avait persisté et la malade souffrait beaucoup par suite de l'action des cils. — Il était évident qu'il n'y avait rien à tenter pour rétablir la vue, puisque la dégénérescence des cornées était complète et au dessus de la puissance de l'art; mais le double entropion pouvait très bien être guéri, et soulager ainsi la malade des souffrances vives qu'elle essuyait depuis si longtemps. M. Velpeau l'a donc opérée de la manière suivante : Il n'a attaqué que les deux paupières supérieures d'abord. Il a pincé chaque paupière, de manière à former un pli transversal; à la base de ce pli, il a passé un fil de haut en bas avec une aiguille courbe; puis il a excisé avec des ciseaux ce même pli en deçà des fils, et ceux-ci ont été noués aussitôt après; de telle sorte qu'après l'excision la suture s'est trouvée toute prête et liée sans difficulté. On en fera autant dans une autre séance. Il est douteux cependant, à ce que nous croyons, que la portion déjà excisée soit suffisante pour permettre à la paupière de se dérouler et de se relever. Nous compléterons cette observation.

— Au point de vue pathologique, ce fait offre un grand intérêt et peut être considéré comme rare, car il présente un exemple prototype de la terminaison naturelle de l'entropion double. Le cas est d'autant plus fâcheux qu'il affecte les deux côtés et les quatre paupières à la fois. On peut dire que cette malheureuse enfant est victime de l'entêtement pusillanime de ses parents, et pourtant leur aversion pour l'opération n'avait été dictée que par un sentiment de tendresse. On n'a pas suffisamment insisté dans les livres sur ce mode de terminaison de l'entropion, et l'on peut voir par ce fait que cette affection est beaucoup plus grave souvent qu'on ne se l'imagine. Sous le rapport du mode opératoire, le résultat immédiat ne nous a pas semblé très satisfaisant, la portion enlevée n'ayant été que faible. Peut-être la chose sera-t-elle plus parfaite après l'excision des autres lambeaux aux paupières inférieures. La réflexion qui se présentait à l'examen de la malade, c'est que le procédé de M. Gerdy eût été préférable (l'excision des bords libres des paupières et des tarses avec les cils et leurs bulbes); la chose eût été complète et sûre en un instant, d'autant mieux que le sujet était déjà aveugle sans ressource. Il est présumable que tout autre procédé sera insuffisant dans ce cas, vu la déformation des tarses, leur ramollissement, leur agrandissement.

Amaurose traumatique. Atoniatoblepharon (Jobert). — Un homme, âgé de 42 ans, manœuvre, s'est frappé l'œil gauche, ou plutôt les alentours de l'orbite en tombant de sa hauteur sur une brouette. Il en est résulté une petite plaie à la pommette et une contusion légère autour de l'orbite, surtout au front, vers l'angle orbitaire externe et au dessus du sourcil, loin par conséquent du tronc du nerf frontal. L'œil n'a point été endommagé visiblement, cependant il a perdu à l'instant la faculté de voir, et la paupière supérieure s'est consécutivement abaissée et est restée dans cet état passivement. On l'a traité en ville à l'aide de sangsues et de vésicatoires volants; mais cet état a persisté et le malade s'est fait recevoir à Saint-Louis. A l'examen, on constate la double lésion. L'œil n'offre aucune altération physique appréciable, il est de forme normale, parfaitement diaphane; la pupille est peut-être plus large que l'autre, pas tout à fait immobile, mais elle n'obéit pas à l'action instantanée des alternatives de la lumière. Le prolapsus palpébral paraît tout à fait passif, par le fait de l'allongement humoral de la paupière. On avait cru d'abord que cet état de la paupière pouvait dépendre d'une contusion du muscle releveur, ce qui est à la rigueur possible; toujours est-il cependant que ce prolapsus diminue aujourd'hui, mais l'amaurose persiste opiniâtrément, malgré divers moyens énergiques que M. Jobert lui a opposés. Il serait peut-être bon d'essayer la strychnine par la méthode endermique dans ce cas. M. Blandin se trouve assez bien de ce moyen dans la plupart des amauroses où il l'emploie généralement à l'Hôtel-Dieu. On commence par la dose d'un demi-centig. (un dixième de grain) mêlée à du sucre en poudre qu'on dissemine à la surface excoriée d'un vésicatoire volant au front.

— Il serait difficile aux chirurgiens de dire quelle est la véritable condition physique de cette amaurose. Y a-t-il eu là commotion oculaire, écrasement de la rétine, lésion des nerfs périoculaires, ou bien épanchement sanguin dans quelque point du nerf optique ou du cerveau? Les oculistes pur-sang, les Teylors d'appartement discuteraient à perte de vue, prescriraient de la pommade mercurielle en quantité et des bains de pieds comme remède souverain; ils sauraient surtout y faire entrer un élément goutteux, un autre abdominal ou hémorrhoïdaire, et les badauds d'avaler ces graves inepties! Les hommes réellement compétents cependant ne craignent pas d'avouer leur ignorance à cet égard, malgré leurs profondes recherches.

Mélanose de la conjonctive. Ablation de la paupière inférieure (M. Robert). — Un homme âgé d'une soixantaine d'années portait depuis vingt ans une végétation mélanique à la conjonctive de la paupière inférieure. Le mal

avait marché très lentement, et ce n'est qu'en dernier lieu qu'il a envahi la face interne de cette paupière, puis il a débordé du tarse, et il s'étendait vers la face cutanée de la paupière elle-même. M. Robert l'a excisé en imitant le mode opératoire de M. Gerdy, c'est-à-dire, il a enlevé toute la paupière à l'aide de quelques coups de ciseaux courbes, et il a laissé les choses à la nature. La plaie, dont la forme est en croissant, à concavité supérieure, laisse à nu le globe oculaire; toute la conjonctive, la peau, le point lacrymal ont été compris dans l'excision. Cette dénudation, cependant, n'est qu'une chose momentanée, le travail cicatriciel relevant bientôt la peau de la joue et recouvrant l'œil par une nouvelle paupière de formation spontanée. Il se passera ici, comme on le voit, le même travail exactement qu'après l'ablation d'une portion de la lèvre, d'après la méthode de Dupuytren, c'est-à-dire, par une excision en croissant. Il y a quelques jours que cette opération sur la paupière a été pratiquée, et déjà le travail réformateur est des plus évidents. — La valeur de ce mode opératoire, nous l'avons déjà discutée à fond dans le tome 2 de ce journal; le fait actuel est une nouvelle confirmation de la bonté de la méthode. Il nous resterait maintenant à examiner le fait au point de vue de la mélanose de la conjonctive. Cette question nous conduirait trop loin, surtout si nous voulions relever quelques-unes des burlesques hypothèses de certains faiseurs d'affaires d'yeux qui s'intitulent oculistes!

TRANSACTIONS ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Note sur les résultats d'une abrasion de la cornée, *constatés deux ans après l'opération; communiquée à l'Académie royale des sciences, le 5 mai 1845; par M. Malgaigne.* — Il y a aujourd'hui plus de deux ans que j'ai adressé à l'Académie des sciences une première communication sur une opération insolite, destinée à fournir aux chirurgiens une dernière ressource contre les opacités de la cornée, rebelles à tous les autres moyens. J'avais disséqué et enlevé à peu près la moitié de l'épaisseur de la cornée; immédiatement après l'opération, la malade avait aperçu distinctement les objets; mais, de toutes parts, les objections étaient accumulées contre cette tentative nouvelle : la cornée, ainsi redevenue transparente, ne devait pas tarder à reprendre toute son opacité; la cornée amincie devait se distendre en staphylôme; la cornée taillée par le bistouri ne devait jamais reprendre son poli, et les rayons lumineux, brisés sur les inégalités de sa surface, ne traceraient sur la rétine qu'une image obscure et confuse; et en supposant la transparence conservée, on n'aurait pas encore rendu aux malades la netteté de la vision. — Les résultats primitifs de l'opération firent évanouir quelques-unes de ces objections, mais le temps seul pouvait décider de la valeur réelle des autres. Je viens aujourd'hui présenter à l'Académie une jeune fille qui a subi l'abrasion de la cornée, le 20 mars 1843, il y a vingt-cinq mois et demi; je la présente comme une réponse victorieuse à toutes les objections que je viens d'énumérer, et comme un exemple d'un fait que je crois tout à fait nouveau en physiologie, savoir : de la régénération au moins apparente de la cornée. Qu'il me soit permis de rappeler en peu de mots les principaux traits de cette observation.

Cette jeune fille a aujourd'hui dix-huit ans. Dès l'âge d'un an elle avait été affectée de maux d'yeux si intenses, que dès l'âge de six ans la vue était extrêmement trouble; de nouvelles attaques se succédèrent encore jusqu'à l'âge de treize ans, et lui laissèrent sur l'œil droit une taie opaque qui, pendant trois ans, ne fit aucun pas vers la guérison. Pour l'enlever, je décrivis sur la cornée une incision circulaire de six millimètres environ de diamètre; je disséquai le lambeau de manière à enlever plus de moitié de l'épaisseur de la cornée; l'opération avait été faite publiquement à l'amphithéâtre de l'hôpital des Cliniques, et le lambeau fut examiné à loisir, palpé entre les doigts, étalé sur la table, de manière à convaincre tout le monde qu'il ne renfermait rien que du tissu altéré de la cornée. Le cinquantième jour, la malade sortit de l'hôpital avec la cornée presque absolument transparente, et pouvant lire de cet œil le petit texte des cahiers de visite des hôpitaux. Alors, un examen attentif faisait voir facilement le talus circulaire creusé sur la cornée, vestige que je croyais ineffaçable de l'incision et de la perte de substance que cette membrane avait subies. Malgré ce talus, la vision avait une netteté parfaite. Il y avait une autre circonstance intéressante à noter : pendant l'opération, la pointe de l'instrument ayant pénétré dans la chambre antérieure et touché l'iris, une très petite saillie en pointe au côté externe de la circonférence de la pupille semblait attester une petite adhérence de l'iris avec la cornée. Cependant, quatre mois après, le 5 septembre, l'opacité était revenue; la pauvre enfant, obligée de travailler pour vivre de son état de lingère, s'était fatigué les yeux, et avait perdu tout le bénéfice de l'opération. Des applications résolutives rétablirent encore la transparence. Elle sortit en bon état le 23 octobre; il y avait alors sept mois entiers écoulés depuis l'opération; le talus circulaire et la saillie de l'iris existaient toujours, et ne paraissaient pas devoir jamais disparaître. Mais cette récidive de l'opacité était une circonstance des plus graves. Pour en éviter une seconde, j'avais recommandé à la jeune fille de prendre un autre état qui lui permît de ménager ses yeux. Mais combien l'opération perdait de sa valeur, si elle devait ainsi entraîner la perte d'une profession péniblement acquise! A ce prix, elle n'eût été presque d'aucun secours aux classes laborieuses, et elle aurait dû être réservée presque exclusivement aux riches.

Heureusement, ma malade n'obéit qu'en partie à mes recommandations. Dès sa sortie de l'hôpital, elle fut obligée d'aider sa mère à confectionner des pantalons; deux mois après seulement, elle se mit en service durant quatre mois; après quoi, en mai 1844, elle se rendit en province, à Corbigny, chez une de ses tantes, où elle reprit son état de lingère. Cette fois, l'œil opéré a parfaitement supporté la fatigue; bien plus, en janvier dernier, elle a eu une vive inflammation de cet œil qui a persisté deux mois et demi, et cependant la cornée n'a pas perdu de sa transparence. Revenue à Paris depuis quelque temps, elle va en journée chez une couturière et travaille à l'aiguille du matin au soir sans que l'œil en souffre. Ainsi, toute crainte de ce côté est dissipée, et l'opération ne gênera aucunement les malades dans l'exercice ultérieur de leur profession. Mais l'examen de l'œil opéré nous révèle des particularités bien curieuses. D'abord, la saillie de l'iris a complétement disparu, et il faut admettre que, par l'effet du temps et les mouvements de l'iris, les adhérences de la cornée ont été absorbées et détruites. Ensuite, ce talus creusé par le bistouri, qui persistait encore au bout de sept mois, a entièrement disparu aujourd'hui; la cornée est aussi lisse de ce côté que de l'autre, sauf une petite cicatrice creuse, située en haut et en dedans, qui n'existait pas lors de l'opération, et qui me paraît être la suite d'un ulcère de la cornée qui a compliqué la dernière ophthalmie. Y a-t-il là une régénération réelle de la cornée? ou bien, au contraire, serait-ce le talus qui

aurait été absorbé, en sorte que, loin de regagner en épaisseur, la cornée se serait amincie à sa circonférence? La première opinion me paraît la plus probable; elle pourra d'ailleurs être vérifiée par l'expérimentation sur les animaux vivants. En résumé, la cornée n'est point redevenue opaque, elle ne s'est pas distendue en staphylôme; la vision est nette et permet les travaux à l'aiguille; et pour donner enfin une idée plus exacte du résultat, malgré une faible teinte opaline de quelques points de la cornée, la jeune fille, après deux ans, lit encore sans difficulté le petit texte, comme elle le faisait à sa sortie de l'hôpital (Jour. de chir.)

Ankyloses angulaires des membres. — M. le docteur Rault, médecin en chef de l'hôpital militaire de Saint-Brieuc (Côte-du-Nord), a présenté (séance du 13 mai) un appareil très simple et d'une grande puissance pour réduire les ankyloses du coude et du genou. Cet appareil se compose, 1° d'une demi-gouttière métallique qui s'applique à la face antérieure du bras, ou à la face postérieure de la cuisse; 2° d'une longue vis brisée à la base, et fixée perpendiculairement au milieu de cette gouttière; 3° d'une tige métallique qui, partant de cette vis, se rend à la face palmaire du poignet ou vers le tendon d'Achille, où elle est fixée à d'un bracelet en cuir garni mollement. On comprend qu'en serrant un écrou qui est sur la vis, la tige doit tendre à redresser le membre. C'est ce qui a lieu effectivement par degrés insensibles et à volonté. La gouttière est calculée de telle sorte qu'elle paralyse, en partie, l'action musculaire. La puissance de l'appareil est immense. L'auteur a eu la bonté de nous faire examiner son appareil en détail, de l'essayer sur nous-même, et de nous donner tous les détails explicatifs. Nous avons prié M. Charrière de le reproduire sur un modèle que nous lui avons présenté, et l'on peut désormais s'en procurer chez ce fabricant. Nous avons la certitude que la puissance très grande de cet appareil et son prix très médiocre le rendront d'un grand usage dans la pratique. M. Jobert vient de l'appliquer, à l'hôpital Saint-Louis, avec un avantage marqué chez une jeune femme atteinte d'ankylose au coude.

TOXICOLOGIE.

De la créosote considérée comme cause des empoisonnements que produisent les viandes fumées; *par M. F. Lussana, doct. méd.* (1).

Je suivais en 1842-43 le cours de médecine légale de M. le professeur Platner à Pavie, et j'ai été frappé des nombreux cas qu'il rapportait d'empoisonnement produit par des viandes fumées, ainsi que des recherches multipliées et infructueuses qui ont été faites par plusieurs savants, en particulier par Kerner, par Weiss, par Schumann, pour en découvrir le principe malfaisant et pour en combattre les effets. Dès ce moment, j'ai conçu l'idée de me livrer à mon tour à des observations spéciales sur cet important sujet. Ce sont ces recherches qui m'ont servi de thèse inaugurale, qui ont été discutées, commentées et adoptées dans les leçons postérieures de M. Platner, que je publie aujourd'hui.

(1) Annali univ., mars 1845.

§ I. **Historique.** — Le docteur Kerner, de Weinsberg, a été le premier qui ait observé et décrit les empoisonnements par des saucisses fumées. Bien que ces empoisonnements aient dû se produire depuis un temps immémorial, puisque l'usage des viandes est très ancien, néanmoins il n'en est nullement question avant l'année 1793, époque où Kerner commença à y porter son attention dans le royaume de Wurtemberg. Depuis 1793 jusqu'en 1820, l'auteur en a recueilli 135 cas qu'il a publiés (Nouvelles observations sur les empoisonnements mortels qui arrivent si souvent dans le Wurtemberg, par l'usage des boudins fumés; Tubingue, 1820). Avant Kerner, les accidents toxiques dont il s'agit étaient considérés comme des phénomènes de fièvre gastrique, de colique, de choléra sporadique. Des 135 cas de cet auteur, 84 se sont terminés par la mort, (36 produites par des saucisses de foie fumées, 24 morts; 12 suivis des mêmes symptômes, mais non mortels; 12 par des saucisses ordinaires fumées, et dont 3 morts). Peu de temps après, Schumann publia dans les Archives générales de médecine (t. 12), des observations nosologiques et des expériences pratiques sur les animaux concernant l'empoisonnement par les saucisses et les viandes fumées. En 1824, Weiss a observé et décrit 29 cas d'empoisonnement de ce genre, dont 6 terminés par la mort (Die neuester Vergiftungen durch verdorbenem Würste; Carlsruhe, 1824). On lit dans les Archives générales de médecine (t. 22), le cas d'un homme qui a présenté tous les symptômes d'empoisonnement violent pour avoir mangé de la viande de bœuf grasse et fumée; et un autre cas d'un homme appelé Kruger, qui avait présenté des symptômes analogues après avoir mangé des harenguets fumés (*clupea sprattus*). On voit déjà par ces simples énoncés que ce sujet est digne de la sollicitude des médecins et des gouvernements.

§ II. **Opinions émises.** — Emmert a soutenu le premier que le principe de l'intoxication, dans ces cas, tenait à de l'acide hydrocyanique développé spontanément. Bien qu'il se fût beaucoup occupé des propriétés de cet acide, Emmert n'a jamais pu en démontrer chimiquement la présence dans les viandes fumées, et personne après lui n'a pu le constater davantage; Kerner lui même a combattu cette opinion. Cet auteur a considéré le principe en question comme insaisissable : pour lui, les viandes fumées empoisonnent comme tout aliment putréfié, par cela seul qu'elles ont subi un commencement de décomposition putride. En voici les raisons : 1° les saucisses toxiques étaient exposées pendant longtemps à l'action de la fumée; 2° les accidents ont eu lieu en avril, c'est-à-dire après que, par la congélation et le dégel, la matière se trouvait dans les conditions favorables à la putréfaction; 3° les saucisses en question offrent une saveur et une odeur putrides : on y remarque des masses grasses, molles, plus ou moins analogues à la graisse de cadavre; 4° il existe une grande analogie entre ces phénomènes et ceux que produisent les exhalaisons putrides. — On pouvait objecter cependant à ces remarques qu'il est absurde de dire qu'une viande est d'autant plus putréfiable qu'elle est fumée; car on sait que la putréfaction arrive d'autant moins que la viande est fumée. La putréfaction n'est pas plus facile en avril que lorsque les viandes ont été exposées à un long froid et à un prompt retour de la chaleur; or, on sait que les choses ne se passent pas ainsi. L'opinion de Kerner a d'ailleurs été victorieusement combattue par Weiss, par Berres, par Buchner. L'argument le plus péremptoire contre l'hypothèse de Kerner, c'est que d'autres substances non fumées, qu'on mange à demi-putréfiées, ne produisent rien de pareil aux accidents dont il

s'agit. Buchner a empoisonné mortellement des chiens avec les saucisses en question, tandis que ces animaux mangeaient impunément de la viande manifestement putréfiée. Au surplus, Kerner lui-même a fini plus tard par abandonner son explication, et il a admis que le principe délétère était une matière alcaline combinée à un acide. Quelle était cependant cette matière? on ne l'a jamais définie, précisée, isolée. Le problème restait donc à résoudre. On s'est livré à des conjectures; Schumann embrassa et défendit avec chaleur la première opinion de Kerner; Weiss a supposé que le principe délétère était analogue à celui du typhus et agissait sur le sang, ce qui ne nous éclaire pas davantage; Berres attribua les phénomènes toxiques à la présence de l'acide pyroligneux, qu'il n'a jamais pu démontrer; Buchner, qui s'est livré à des expériences, a rejeté la chose sur un prétendu acide qu'il a appelé *acide gras des boudins*, ou *des saucises*. Tout cela est loin d'avoir de la valeur, comme on le voit. Il est probable cependant que la matière concentrée obtenue par ce dernier auteur contenait le véritable principe délétère, mais il n'a pas su l'isoler.

§ III. **Principe toxique. Créosote.** — En méditant sur les faits et les opinions ci-dessus, je me suis demandé si la cause qu'on cherchait, si le principe toxique en un mot n'était pas dans la fumée elle-même à laquelle les viandes avaient été exposées Cette présomption me semblait d'autant plus logique que, d'après les observations existantes, le degré de force délétère des viandes était en raison du temps qu'elles avaient été exposées à la fumée. L'idée de la créosote qui est dans la fumée s'est de suite présentée à mon esprit. J'ai en conséquence dirigé mes recherches dans ce sens, et je me suis bientôt convaincu de la réalité du fait. — Chez nous, nous n'avons presque pas de viandes salées, les préparations des chairs de porc étant simplement desséchées au soleil, trois jours après avoir été salée. En Allemagne, au contraire, où le climat est nébuleux, on est obligé, pour sécher ces sortes de viandes, de les exposer à des nuages épais de fumée. Les saucisses confectionnées, les langues et les autres préparations déjà salées sont pendues dans les cuisines, sous les manteaux des cheminées où elles restent exposées à l'action de la fumée jusqu'à ce qu'elles s'indurent et deviennent incorruptibles. Or, on sait que pendant la combustion du bois il se dégage de la créosote, laquelle se volatilise par l'action de la chaleur, conjointement avec la fumée; elle se volatilise à l'état de combinaison avec l'acide acétique qui se trouve dans le bois, et qui est son meilleur dissolvant. A mesure qu'elle se refroidit en s'élevant, la créosote perd son élasticité gazéiforme, et se dépose petit à petit sur les viandes suspendues qu'elle enveloppe. Cette disposition a plus facilement lieu sur les viandes que sur les murs, par suite de son affinité naturelle avec l'albumine. Elle se combine ainsi avec les chairs, et accomplit le procédé dit de fumigation ou de préservation de la putréfaction. Effectivement, la créosote coagule l'albumine qui se trouve naturellement dans ces substances, et la rend par là imputrescible. Quant à la fibrine qui n'est pas attaquée par la créosote, elle reste imputréfiable, et d'autant mieux qu'elle se trouve enveloppée par de l'albumine coagulée, et garantie de la sorte de l'action des corps extérieurs qui pourraient la corrompre.

Ce que je viens d'avancer est basé sur des faits chimiques incontestables. Pour ce qui est du dégagement de la créosote avec la fumée pendant la combustion du bois, on sait que c'est ainsi qu'on l'obtient communément dans les laboratoires de chimie, c'est-à-dire en distillant le goudron qui provient de la distillation du bois (Dumas, Chimie, t. V). Or, comme la fumée et la suie ne sont autre chose que la partie combustible, volatile du bois, laquelle a échappé à la combustion, il est évident que la fumée doit contenir de la créosote provenant des parties résineuses du bois, la distillation n'étant en définitive qu'une opération qui fait dégager, à l'aide de la chaleur, les éléments volatils sans les brûler. M. Corniali a lui-même démontré, d'ailleurs, que les bons effets qu'on obtenait de la fumée, de la suie et du charbon de bois dans certaines maladies cutanées, dans la gale, dans des ulcères chroniques, devaient être attribués à la créosote contenue dans ces substances. — Ensuite, que l'acide acétique serve d'excellent véhicule à la sublimation de la créosote, il est facile de s'en convaincre en se rappelant que cet acide s'obtient des substances végétales, qu'il est volatil et le dissolvant spécifique de la créosote (Dumas). — L'action, au reste, de ce corps sur les substances animales, en particulier sur l'albumine est si grande et si singulière, qu'elle lui a valu le nom de créosote, c'est-à-dire de corps conservateur des chairs (de κρεας, chair, et σωζειν, je conserve). Si l'on met une petite quantité de créosote en contat avec de l'albumine ou du sang, ces substances se coagulent (Dumas). Dans notre cas cependant, la coagulation de l'albumine et du sang n'a lieu que lentement, vu que la matière est renfermée dans une enveloppe, et il faut du temps pour que la pénétration s'effectue; c'est ce qui a lieu aussi quand on mêle ensemble de l'albumine et du sang délayés dans de l'eau. L'eau en interrompt le contact, et la coagulation ne se fait que peu à peu (Dumas).

On prévoit déjà, par ces observations, qu'on peut fumer aisément la viande avec de la créosote seule et sans fumée. Si l'on place en effet de la viande fraîche dans une solution de créosote pendant une demi-heure ou une heure, on peut ensuite l'exposer à la chaleur du soleil sans qu'elle entre en putréfaction; elle s'indure dans l'espace de huit jours, et acquiert une odeur agréable de viande fumée, et sa couleur devient d'un rouge foncé (Dumas). Cela prouve évidemment que le principe conservateur des viandes fumées est réellement la créosote, qui se combine à l'albumine. Les viandes fumées sentent fortement en effet la créosote, comme celles qui ont été trempées dans une solution créosotée. La créosote au reste est absorbée facilement par les viandes, et cela tient à son affinité pour l'albumine, ainsi que nous l'avons déjà dit. J'ai fait à ce sujet l'expérience suivante. J'ai

versé dix gouttes de créosote dans 60 grammes (deux onces) d'eau ; dans ce mélange, j'ai immergé 100 grammes (3 onces) de viande. Je l'y ai laissée une heure ; puis je l'ai exposée au soleil. Dans la même solution restante, j'ai ajouté une seconde quantité de viande égale à la première. Je l'y ai laissée longtemps, puis je l'ai otée et exposée aux rayons solaires. La première viande s'est indurée petit à petit, et a pris une teinte rouge-foncé ; la seconde, au contraire, a pâli et donnait une odeur putride tellement forte, que j'ai dû la jeter. Dans la même solution, j'ai mis ensuite du blanc d'œuf ; je l'y ai laissé longtemps et je n'ai pu observer la moindre coagulation de l'albumine. En attendant, la première viande était, sept à huit jours après, parfaitement indurée, coarctée, de couleur rouge-brun, d'une odeur prononcée de viande fumée. La conséquence toute naturelle était que la condition d'imputrescibilité tenait à l'absorption de la créosote, et il devait en être de même par l'action de la fumée, qui ne représente en définitive qu'une solution très délayée et très pénétrante de créosote. La seconde viande en effet, qui n'avait pas rencontré de créosote, s'est putréfiée. Concluons avec M. Dumas : « Il n'est pas douteux que la créosote ne soit le principe antiputride de ces liquides, ainsi que de la fumée.

Ce point étant bien établi, il restait à savoir comment la présence de la créosote dans les viandes fumées pouvait être la source des accidents, et si c'était à ce principe seul qu'on devait rattacher les phénomènes observés dans les cas acquis à la science. Il est facile de comprendre que la créosote fixée à l'albumine ne peut déterminer des accidents que dans deux circonstances : quand on a mangé beaucoup de viande fumée pour introduire dans l'économie une certaine quantité de la substance toxique; ou bien quand la viande a été fortement fumée, de manière qu'elle contînt beaucoup de créosote dans peu de viande. Un fait vulgaire apprend que les viandes fumées sont toujours plus ou moins nuisibles, leur usage occasionnant aisément des maux d'estomac, des embarras gastriques, des gastrites, des entérites, des érysipèles, des dysenteries, etc. : aussi les regarde-t-on communément comme nuisibles à la santé. On comprend aisément au reste que ces accidents ne s'observent surtout que dans les cas où l'on en mange beaucoup; et c'est alors aussi qu'une grande quantité de créosote se trouve introduite dans l'économie. Heureusement, la chose n'est pas fréquente; car on s'abstient ordinairement d'en manger de grandes quantités. Kerner a remarqué, dans les cas d'empoisonnement arrivés dans le Wurtemberg, que les effets délétères des viandes fumées avaient été proportionnés à la quantité employée; et Schumann lui-même a écrit que « la durée de ces accidents est variable, et dépend de la quantité d'aliments altérés qui a été prise, et de la susceptibilité propre à chaque individu.» — Il reste maintenant à prouver comment, dans les mêmes circonstances, la créosote peut s'accumuler en plus grande quantité dans certaines viandes, de telle sorte qu'une petite dose de cet aliment détermine des accidents. Il résulte des faits recueillis que ce sont justement les viandes le plus longtemps exposées à la fumée qui ont justement produit facilement des phénomènes toxiques. Kerner a observé, en effet, que « ces divers boudins avaient été exposés à l'action de la fumée aussitôt après leur confection, et y avaient été laissés quelquefois pendant quelques mois entiers. » L'auteur déduisait de là, mal à propos, que cette circonstance les prédisposait à une prompte putréfaction. Schumann, qui, comme nous l'avons dit, a suivi les errements de Kerner, a déclaré que « la formation du principe délétère est due à une décomposition putride favorisée par l'action de la fumée, et surtout par l'huile empyreumatique que cette dernière contient. » Mais qu'est-ce que cette huile empyreumatique? On voit déjà que cet auteur a été assez près de la vérité. S'il eût pu déterminer la véritable nature de cette huile, il aurait sans doute corrigé sa théorie, et au lieu d'une décomposition putride génératrice d'un corps nouveau, il y aurait reconnu une importation directe et une résorption.

On comprend, au reste, que la condition toxique dont il s'agit arrive d'autant plus facilement, que les viandes, les saucisses, sont exposées fraîches et molles à la fumée ; elles sont alors imbibées de sang, l'albumine est humide, la fumée les pénètre aisément et la combinaison de la créosote est abondante. Telle est la circonstance qui, dans la même exposition à la fumée, peut rendre certaines viandes plus toxiques que d'autres. Cela renverse, comme on le voit, la théorie allemande, puisque dans ces conditions les viandes sont, au contraire, moins exposées à la putréfaction. On voit maintenant également pourquoi, dans les faits recueillis, l'empoisonnement est arrivé d'un tiers plus souvent par le foie fumé que par les saucisses ordinaires fumées, et pourquoi la mortalité était d'un quart plus considérable par les saucisses de foie, ainsi que cela résulte de la statistique de Kerner. Et l'on s'explique pareillement l'observation de Schumann, qui dit que « les boudins de foie sont plus sujets à se gâter que les boudins ordinaires. » C'est qu'ils absorbent davantage de fumée et de créosote; car ils contiennent plus d'albumine et de sang qui, l'attirent et se l'approprient ; tandis que les boudins ordinaires, qui sont maigres, contiennent plus de fibrine et moins d'albumine. On vient de voir que, d'après la remarque de Kerner, les accidents ne s'étaient déclarés que vers le mois d'avril, du moins ils étaient plus fréquents vers cette époque. Cela se comprend, puisque c'est vers le mois d'avril que les viandes se trouvent avoir reçu le plus de fumée par la traversée de tout l'hiver. Ce n'est donc pas le retour de la chaleur qui rend la viande toxique, ainsi que Kerner le supposait, mais bien la longue exposition à la fumée. Berres avait trouvé dans ses analyses, de l'acide pyroligneux dans les saucisses, et il l'avait regardé comme le principe toxique. Cet acide s'y trouve en effet, transporté par la fumée elle-même, et nous venons de voir que la créosote arrivait avec la fumée à l'état de solution dans le même acide. Il fallait donc arriver jusqu'au principe dissous qu'on avait méconnu. Il y a, au reste, une grande analogie d'action entre l'acide pyroligneux et la créosote, puisque M. Dumas a écrit : « Elle (la créosote) peut remplacer avantageusement le goudron, l'acide pyroligneux, l'huile animale de Dippel, l'eau empyreumatique, dans leur emploi médical. »

Faisons remarquer, d'autre part, que, dans les

pays du Nord, où Kerner, Schumann et Weiss ont observé des centaines de cas d'empoisonnement de ce genre, les viandes sont fumées par un procédé qui favorise abondamment l'absorption de la créosote en peu de temps. On ne les met pas dans les cheminées; on les pend dans des chambres hermétiquement fermées, et l'on y dirige la fumée par nuées très épaisses, d'une manière incessante. Cette fumée s'attache aux viandes fraîches, aux saucisses encore saignantes et pas aux murs, où elle trouve moins d'affinité. Ajoutons que pour ces sortes de fumigations on se sert de plantes de la famille des canifères, et plus particulièrement du genre pinus, savoir, des *pinus sylvestris*, *maghus*, *cembra*, *larix*, *picea*, *abies*, etc. Or, on sait que les *pinus maghus*, *larix* et *picea* sont précisément ceux dont on tire généralement les résines, la térébenthine, la gomme, le goudron, la poix, substances abondamment pourvues de créosote. Ces plantes dégagent en effet, pendant leur combustion, une très grande quantité de créosote qui vient s'incorporer à la viande, et c'est aussi à leur bois, formé dans les vastes forêts du nord de l'Europe, que l'on a recours pour préparer en grand la créosote et le goudron (1).

§ IV. **Symptomatologie.** — Il me suffira, dans cet exposé, de mettre en relief les seuls faits, sans réflexion aucune, pour démontrer la ressemblance parfaite qui existe entre les symptômes et les lésions cadavériques de l'empoisonnement par les viandes fumées et ceux par la créosote. Kerner a comparé les effets produits par les saucisses fumées à ceux du venin des serpents des régions prétropicales. Emmert les a, lui, assimilés à ceux de l'acide hydrocianique. Corneliali, qui a beaucoup étudié l'action toxique de la créosote y trouve beaucoup de ressemblance avec le poison de la vipère et avec l'acide hydrocianique, subtances considérées chez nous, et par M. Corneliani en particulier, comme hyposthénisants. Weiss formula, dans les phrases suivantes, la symptomalogie de l'empoisonnement par les saucisses fumées. « Une sorte de paralysie des organes soumis à l'influence du système nerveux ganglionaire, et surtout des organes de la circulation. » Dans leurs détails, les symptômes ne se déclarent que 24 heures après l'ingestion des aliments fumés, ils se réduisent aux suivants : Une douleur vive et brûlante à la région hypogastrique (Kerner); abdomen tantôt douloureux et météorisé, tantôt simple et indolent (Schumann); coliques violentes (idem); vomissements de matières sanguinolentes (Kerner), ou d'un liquide jaunâtre et visqueux (Weiss); une grande lassitude, affaiblissement rapide (Schumann); du dégoût, un malaise général (Weiss); yeux fixes (Kerner); paupières immobiles (idem), ou affaissées (Schumann), paralysées (Weiss); pupille dilatée, immobile (idem); vue trouble, diplopique (Schumann); la voix est altérée; souvent il y a aphonie plus ou moins complète (Kerner); respiration gênée (idem), ou extrêmement lente (Weiss); toux croupale (Schumann); battements du cœur à peine sensibles (idem); syncopes fréquentes (Kerner); pouls plus faible que dans l'état naturel (idem); veines du cou dilatées et saillantes (idem); déglutition difficile ou presque impossible (Weiss); constipation opiniâtre, ou bien les matières excrétées sont sèches et dures, comme terreuses (Kerner); intégrité des facultés intellectuelles (idem); sentiment de pesanteur à la tête (Weiss); anxiété, vertiges, étourdissements, défaillances, assoupissement, rougeur et gonflement de la face (Schumann), appétit souvent conservé (Kerner); soif très grande (Schumann); sécheresse de la bouche, du nez, de la langue, de l'arrière-gorge et du larynx (idem); les téguments perdent de leur sensibilité (Kerner); alternatives de frissons et de chaleur, peau sèche, froide, rude au toucher (idem); urine très abondante, son excrétion est difficile (idem); matité des membres affaiblie (id.); maigreur générale (Schumann); agonie, accompagnée de dyspnée, aphonie, pouls filiforme, tremblements convulsifs (idem).

§ V. **Nécropsie.** — Le plus ordinairement, la *substance cérébrale* est dans l'état normal; le plus souvent, les vaisseaux cérébraux sont remplis d'un sang noir bleu-noirâtre; les ventricules du cerveau contiennent tantôt du sang pur, tantôt de la sécrosité sanguinolente, et d'autrefois une grande quantité de sérosité limpide (Weiss). — Quant aux *nerfs*, d'après Schumann, il n'y avait d'altérés que ceux qui traversent la cavité thoracique, tels que le diaphragmatique, le pneumogastrique, le grand sympathique; et d'après Weiss, il n'y avait de lésés que ceux qui avoisinent le diaphragme; cette altération consistait dans un changement de couleur de leur pulpe. — Le *système musculaire* est très contracté, les membres sont raides et insensibles. — La *langue* et les gencives sont couvertes de mucosités épaises. — Le *tube digestif* offre quelques restes d'inflammation légère. — Les autres viscères abdominaux sont tantôt sains, tantôt congestionnés, tantôt emflammés. Idem pour les organes thoraciques. Le cœur est flasque, quelquefois rugueux et

(1) Il est remarquable que l'auteur soit parvenu, à l'aide du simple raisonnement, à la solution d'une question aussi importante et aussi ardue. Ce mode de solution est sans doute suffisant au point de vue médical, mais il cesse de l'être sous le rapport toxico-légal. Ici il faut la preuve directe, matérielle, immédiate; il faut extraire chimiquement la créosote elle-même, la concréter et l'isoler. Sans doute que, n'étant pas chimiste, et n'ayant pas à sa disposition des viandes délétères, l'auteur ne pouvait faire autrement. Jusque là cependant le travail ci-dessus, bien que précieux pour la science, ne peut être regardé que comme un document approximatif. Nous ajouterons avec franchise que, jusqu'à ce que l'opinion de notre jeune et savant confrère d'Italie ait été démontrée plus directement, nous hésiterons à nous déclarer tout à fait convaincu. On sait que les fromages aussi ont produit souvent des accidents toxiques formidables, comme les saucisses. Quel en est le principe? Voyez un excellent article de M. Cristison à ce sujet, dans le t. 2, p. 31 des Annales de thérapeutique.

enflammé. (Suivent des considérations chimiques sur la créosote. Nous devons rapprocher de ce travail un article de M. Giacomini sur la créosote au point de vue toxique, et que nous avons donné précédemment, t. 2, p. 250).

REVUE GÉNÉRALE.

Paralysie de la septième paire de nerfs du cerveau; *par M. Brunache, D. M. à Brignolles* (Var). — Le nommé Gauven (Louis), âgé de 35 ans, serrurier, s'exposa, en sortant du lit, à un courant d'air froid. Immédiatement après il fut atteint d'une otite aiguë et, peu de jours après, d'une hémiplégie faciale du côté gauche, ainsi que d'un gonflement considérable de toutes les parties qui environnent le conduit auditif. Sous l'influence des antiphlogistiques, l'otite prit un caractère chronique; la tuméfaction disparut, mais l'oreille seule resta le siége de douleurs très vives et la paralysie de la face devint chaque jour plus prononcée. C'est dans cet état que le malade alla se faire traiter à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, où l'on employa en vain des vésicatoires derrière l'oreille et à la nuque, ainsi que des révulsifs sur le tube intestinal. Après plusieurs mois de séjour dans cet établissement, il le quitta pour venir à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le 8 mars 1843. La maladie, à cette époque, durait depuis un an et demi et se révélait par les symptômes suivants : le conduit auditif, quoique très douloureux, n'offrait aucune lésion accessible à la vue; seulement la membrane du tympan avait été détruite; un liquide purulent coulait sans cesse par l'oreille gauche, et avait entraîné au dehors un des osselets de l'ouïe; l'audition était un peu altérée; sur le point correspondant au trou styloïdien, par lequel le nerf facial sort du crâne, existait une douleur continue et très intense, surtout à la pression. Cette douleur accompagnait toutes les branches du nerf qui en était le siége : ainsi elle se portait en arrière de l'oreille, gagnait l'occipital et le sommet de la tête; d'une autre part, elle suivait la branche du maxillaire inférieur, passait au dessous du corps de cet os, et s'irradiait à la partie supérieure du cou et sur le menton; elle remontait aussi au devant de l'oreille et s'étendait de là sur la moitié de la face et du crâne. Les divers trajets que le malade parcourait avec son doigt, guidé par la douleur, indiquaient évidemment que celle-ci siégeait dans les branches de la septième paire; mais la lésion de ce nerf s'accompagnait d'un autre ordre de phénomènes: je veux parler de la paralysie de ses fonctions. En effet, tous les muscles de la moitié gauche de la face avaient perdu la faculté de se contracter sans qu'il y eût d'altération dans la sensibilité de cette partie et de lésion des organes des sens. La moitié gauche du muscle occipito-frontal et le muscle sourcilier du même côté ne se contractaient plus; de là l'absence des rides transversales sur la moitié du front, tandis que l'autre moitié était ridée par la contraction des plans musculaires sous-jacents; de là encore le relâchement du muscle sourcilier et l'impossibilité pour le sourcil gauche de s'approcher de celui du côté opposé. L'occlusion des paupières ne pouvait s'effectuer : la supérieure ne s'abaissait plus, et l'inférieure tombait légèrement renversée en dehors. Pendant le sommeil, la cornée se portait fortement en haut, comme pour se mettre à l'abri derrière la paupière qui ne s'abaissait plus pour la protéger; les larmes roulaient sur la joue, soit parce que les points lacrymaux avaient cessé d'être convenablement dirigés pour les absorber, soit parce que le clignement étant devenu impossible, elles n'étaient plus uniformément étendues sur la surface de l'œil. La narine gauche demeurait immobile et ne se dilatait plus pendant les mouvements respiratoires; le bout du nez était légèrement dévié à droite; il y avait impossibilité pour le malade de mouvoir volontairement la moitié gauche des lèvres, la commissure saine remontait en haut et en dehors, tandis que l'autre se rapprochait de la ligne médiane; la salive s'échappait, en partie, par le côté paralysé; le malade était obligé d'enlever avec le doigt les aliments qui s'engageaient entre les dents et la face interne des joues; la prononciation de certaines voyelles, comme l'*o*, et quelques consonnes, comme le *b*, le *p*, était difficile, et l'action de siffler impossible. Le muscle buccinateur ne se contractait pas, mais les muscles qui meuvent la mâchoire inférieure avaient conservé cette propriété. La langue était libre dans ses mouvements et n'avait éprouvé aucune déviation; la joue gauche, flasque et un peu pendante, semblait placée sur un plan antérieur à celui de la joue opposée. La physionomie de la moitié gauche du visage, n'ayant plus d'expression, contrastait d'une manière singulière avec l'autre moitié. Pendant plus des deux mois que le malade est resté dans les salles de l'Hôtel-Dieu de Marseille, on a employé successivement des sangsues dans le voisinage de l'oreille affectée, des révulsifs cutanées, et sur le tube intestinal, enfin des excitants. Toutes ces médications ne lui ont procuré que des soulagements passagers et sont restés impuissantes contre la paralysie (Jour. de méd. de Lyon, mai.)

— Cette observation offre de l'intérêt comme type pathologique surtout. Au point de vue thérapeutique, elle démontre l'insuffisance de ces traitements dirigés d'après les idées systématique qu'on professe sur les médicaments et sur les maladies elles-mêmes. Des révulsifs, des excitants, etc., voilà ce que la routine enseigne; mais qu'est-ce que les révulsifs et les excitants dans une maladie essentiellement inflammatoire ou à fond peut-être mécanique? On croit révulsionner; quoi? Un épanchement ou une névrilénite! et avec quoi? On ne le dit pas. Nous ne connaissons pas un seul remède capable de cet effet. Des excitants dans une affection douloureuse, inflammatoire : telle est la force de la routine, qu'on n'est pas plus choqué à la capitale qu'en province de ces contre sens thérapeutiques, et pourtant on ne parle que de positivisme en médecine. Cette critique est générale et ne saurait atteindre l'auteur de l'observation, puisque c'est là la pratique que tout le monde suit en pareils cas.

Paralysie de la cinquième paire de nerfs du cerveau; par le même. — Saunier (Marie-Antoinette), blanchisseuse, native du Luc (Var), âgée de 45 ans, douée d'un tempérament lymphatique et issue de parents sains, jouissait ordinairement d'une bonne santé. Vers la fin de l'année 1839, elle fut atteinte, après s'être exposée à un air froid, d'une otorrhée du côté gauche qui s'accompagna de douleurs de tête très vives, occupant surtout l'oreille malade et s'irradiant sur toute la moitié du crâne du même côté. L'otorrhée, caractérisée par un écoulement de matière purulente, prit, plus tard, un caractère chronique et disparut tout à fait au commencement de l'année 1842. Les règles qui jusque-là étaient venues régu-

lièrement tous les mois, furent supprimées en même temps que l'écoulement de l'oreille. La céphalalgie acquit alors plus d'intensité ; les douleurs devinrent lancinantes et profondes, surtout dans le point correspondant à la tempe gauche. C'est à cette époque que la malade fait remonter l'origine des lésions qu'elle offrit plus tard à mon observation et que je crois indépendantes de l'affection de l'oreille. En effet, la vue commençà alors à s'affaiblir du côté gauche ; le globe de l'œil perdit peu à peu son volume normal, s'atrophia d'une manière graduelle mais complète, et aucune douleur, aucune sensation pénible n'accompagna ce dernier phénomène ; l'ouïe, qui avait été déjà un peu altérée par l'otorrhée, le fut d'une manière plus prononcée ; la malade s'aperçut de plus de sécheresse dans la narine gauche et d'une légère perversion du goût.

Le 16 janvier 1843, Marie Saunier entra à l'Hôtel-Dieu de Marseille, dans les salles de M. le professeur Cauvière, dont j'étais alors chef de clinique, et nous la trouvâmes dans l'état suivant : Tous les membres obéissaient aux ordres de la volonté et avaient conservé leur sensibilité normale ; les fonctions intellectuelles s'exerçaient librement ; la sphère oculaire du côté gauche avait été réduite en une espèce de moignon, du volume d'un pois et d'une couleur blanche analogue à celle de la sclérotique, et avait complétement cessé de remplir ses fonctions visuelles. Autour de cet organe, la conjonctive conservait son aspect normal et ne portait aucune trace d'inflammation antérieure, mais cette muqueuse était devenue insensible au contact des corps étrangers et même aux piqûres d'une épingle ; les paupières du même côté étaient refoulées dans l'orbite et avaient presque entièrement perdu leur sensibilité ; cependant leur mouvement était tout à fait libre. La membrane de Schnéider n'avait pas le sentiment des corps étrangers qu'on introduisait dans la narine gauche, ni des odeurs, et la malade attribuait l'absence de l'odorat à une diminution dans la sécrétion du mucus nasal. La moitié gauche de la langue, des gencives et du voile du palais était également insensible aux saveurs : la malade ne s'apercevait du goût du sulfate de quinine, de celui du chlorure de soude ou des corps sucrés, que lorsque ces substances, dissoutes par la salive, s'étendaient sur le côté droit des organes. D'ailleurs on pouvait piquer avec une épingle sur tous les points de la cavité buccale, situés à gauche de la ligne médiane, sans que la malade éprouvât autre chose qu'une sensation vague et non douloureuse. La déglutition n'était point gênée ; mais il n'en était pas de même pour la mastication : les aliments ne pouvaient être serrés du côté gauche aussi efficacement que du côté opposé ; la mâchoire inférieure, fortement abaissée, ne pouvait être élevée que par l'action des muscles masséters, temporaux et ptérigoïdiens du côté sain ; pendant que ces mêmes muscles se contractaient, leurs analogues, du côté malade, restaient flasques et inactifs. La langue n'était point déviée et exécutait tous ses mouvements. Tous les muscles de la face, le buccinateur lui-même, avaient conservé la gropriété de se contracter ; de sorte que l'expression de la physionomie n'était point anéantie, comme chez le malade précédent. Mais, en revanche, il y avait une altération très marquée dans la moitié gauche du visage ; cette perte des sensations était surtout prononcée vers la paupière inférieure et l'aile du nez ; la malade assurait qu'elle était complète plusieurs semaines avant son entrée à l'hôpital, et qu'à cette époque on aurait pu, sans qu'elle en eût la moindre sensation, lui traverser la peau de la face avec un corps piquant.

Ces symptômes coïncidaient avec des douleurs lancinantes dans l'orbite et surtout dans la tempe du même côté ; douleurs qui donnaient lieu à une insomnie inquiétante. On observait, en outre, des hémorrhagies nasales parfois très abondantes. Tel était l'état de Marie Saunier à son entrée à l'Hôtel-Dieu de Marseillle, où elle resta plus d'un mois. Pendant ce temps, on n'a rien tenté pour la guérir, soit qu'il restât du doute dans l'esprit du chirurgien sur la naturee de la maladie, soit que les symptômes qui indiquaient le siége de la lésion (nerf trijumeau), fussent suffisants pour la faire reconnaître au dessus des ressources de l'art ; d'ailleurs, la constitution de la malade était déjà fort détériorée : les fonctions digestives se faisaient mal, celles des organes de la circulation étaient troublées. On se contenta de combattre les symptômes dominants : ainsi les opiacés furent opposés à la douleur et à l'insomnie ; le sirop de quinquina à l'affaiblissement général des forces. Mais les progrès du mal ne furent point arrêtés ; les hémorrhagies nasales devinrent plus abondantes et plus fréquentes ; la constitution s'affaiblit chaque jour davantage, et cette malheureuse femme mourut le 22 février 1843.

Autopsie. — Les organes contenus dans la poitrine et dans l'abdomen étaient sains ; le cerveau n'offrait rien de particulier dans ses membranes, ainsi que dans son tissu propre. L'origine du trijumeau était normale ; mais, une fois engagé sous la dure-mère, ce nerf présentait une tumeur bosselée, inégale, soulevant, d'une manière peu uniforme, cette enveloppe du cerveau, et située dans le point qu'occupe ordinairement le ganglion de Gasser. Cette tumeur adhérait tellement à la dure-mère, qu'elle ne put en être séparée. Au milieu de cette masse dégénérée, il était impossible de reconnaître la substance propre du ganglion du trifacial ; on ne trouvait plus qu'un tissu rose et craquant sous le scalpel. Les parties osseuses sur lesquelles reposait la tumeur étaient ramollies, spongieuses, et dans certains points il existait un commencement de dégénérescence des os. Les trois nerfs qui émanent du ganglion de Gasser n'offraient de trace de l'affection cancéreuse que dans l'étendue de deux lignes au plus ; ces nerfs étaient sains dans le reste de leur trajet et de leur distribution. — Dans la cavité orbitaire gauche se trouvait aussi une tumeur amorphe, principalement formée aux dépens du tissu cellulaire de l'œil, et dont la nature était évidemment cancéreuse. Au sein de ce tissu dégénéré, on pouvait suivre les nerfs et les vaisseaux qui se rendent au globe de l'œil ; ils n'avaient pris, ainsi que ce dernier organe, aucune part à l'affection cancéreuse ; mais celui-ci était, comme nous

l'avons dit, réduit à un très petit volume, et n'était plus composé que d'une enveloppe fibreuse fort épaisse.

Les observations qui précèdent offrent deux exemples de paralysie de nerfs exclusivement moteurs, et un exemple de paralysie d'un nerf affecté, à la fois, à la sensibilité générale et au mouvement. Chez le premier malade nous avons remarqué le prolapsus de la paupière, le strabisme externe et l'immobilité de la pupille ; chez le second, l'absence de la contractilité des muscles auxquels le nerf facial distribue ses nombreux filets ; chez le troisième, l'altération de la sensibilité générale de la face et la paralysie des muscles releveurs de la mâchoire inférieure. Ces conséquences de lésions pathologiques s'accordent parfaitement avec les résultats donnés par les expériences sur les animaux vivants, et avec le mode de distribution des troisième, cinquième et septième paires de nerfs crâniens. Dès lors nous ne devons pas chercher à rendre compte de phénomènes expliqués déjà d'une manière satisfaisante et bien connus aujourd'hui. Arrêtons-nous, toutefois, un instant sur les mouvements de l'iris : la mobilité de cette membrane est sous la triple dépendance de la rétine, du point du cerveau chargé de percevoir les impressions des rayons lumineux, et du nerf moteur oculaire commun dont les filets, qu'il envoie au ganglion optique, forment les nerfs ciliaires longs se rendant à l'iris. L'impression des rayons lumineux, arrivés sur la rétine, est envoyée au cerveau par le nerf optique, à la suite de quoi le moteur oculaire commun est affecté de telle façon, qu'il produit ou la dilatation ou la contraction de la pupille ; d'où il suit que l'altération d'une de ces parties est suivie d'un trouble dans les mouvements de l'iris. Chez notre malade c'est évidemment parce que la troisième paire avait cessé de servir d'intermédiaire entre le cerveau et l'iris, que celui-ci ne se contractait plus ; car, dans le principe, l'encéphale recevait encore l'impression des rayons lumineux, et cependant l'iris restait immobile. C'est constamment par l'intermédiaire de la troisième paire, et jamais sous l'influence directe de la rétine, que se meut cette membrane. Cela est tellement ainsi que, dans les cas d'amaurose, l'iris de l'œil atteint n'est plus susceptible de mouvement lorsque la lumière tombe sur ce dernier, tandis que les deux iris se meuvent quand la lumière impressionne l'œil sain.

La diplopie, chez le premier malade, était sans doute un effet du strabisme, la rétine de l'œil dévié étant touchée par les rayons lumineux dans une partie qui n'est pas la correspondante de l'œil sain, on conçoit qu'il en résulte deux impressions et conséquemment deux images. Ce même malade a perdu, plus tard, complètement la vue du côté affecté, accident qui ne saurait être regardé comme une suite ordinaire de la paralysie du moteur oculaire commun. La cause qui, dans le principe, a atteint ce nerf, s'est-elle étendue aussi jusqu'au nerf optique? ou bien l'amaurose est elle survenue, comme elle arrive dans les cas de strabisme occasioné par une action spasmodique des muscles de l'œil, dont la section, en faisant cesser le spasme, permet au nerf sensitif de recouvrer toute son impressionnabilité ? ou enfin l'action nerveuse du nerf locomoteur, étant altérée, aurait-elle réagi sur le nerf sensitif ? Il est difficile de résoudre cette question en ne nous basant que sur ce que nous avons observé.

Les physiologistes semblent avoir démontré que la troisième et la septième paires de nerfs du cerveau, étant essentiellement motrices, sont dépourvues de sensibilité propre. Mais, s'ils sont insensibles à leur origine, ces nerfs réagissent contre les agents mécaniques ou morbides, après un certain trajet, quand ils ont reçu de la cinquième paire des filets sensitifs, et les impressions sont transmises à l'encéphale par l'intermédiaire de celle-ci. Ceci nous explique pourquoi notre second malade, dont le nerf facial ne pouvait plus transmettre aux organes l'action motrice, était pourtant affecté par des douleurs très vives siégeant dans le tissu même de ce nerf. Nous fûmes frappés de ce phénomène, et, pour nous convaincre de la vérité physiologique qu'il nous suggérait, nous fîmes, à plusieurs reprises, l'expérience suivante, qui, d'ailleurs, avait été pratiquée déjà par MM. Magendie et Longet : Ayant mis à nu, sur un lapin, la branche temporo-faciale de la septième paire, nous étant assurés que l'animal éprouvait de la douleur quand nous la pressions avec des pinces, nous en fîmes la ressection, et nous pûmes nous convaincre que l'extrémité périphérique était restée sensible par l'agitation de l'animal, que nous provoquions en pinçant ou piquant cette extrémité nerveuse, complétement dépourvue de communication directe avec le cerveau. Ayant divisé ensuite la branche sous-orbitaire du trijumeau, la partie périphérique de la branche du facial, que nous avions resséquée, devint alors tout à fait dépourvue de sensibilité.

— Il résulte de ces faits que la septième paire n'a point de sensibilité propre ; que son impressionnabilité doit être rapportée aux filets du trijumeau qu'elle reçoit; que, comme tous les tissus qui reçoivent des nerfs, elle peut devenir douloureuse sous l'influence d'une lésion, et par conséquent il n'est pas permis de nier d'une manière absolue, comme on l'a fait dans ces derniers temps, l'existence des névralgies de ce nerf, à moins qu'on veuille dire qu'elle appartient aux dernières ramifications de la cinquième paire se rendant dans la septième, ce qui ne serait qu'un jeu de mots, puisque le siége de la souffrance resterait toujours dans cette dernière. Comme autre conséquence, nous signalerons l'inutilité de la ressection du facial dans les cas où il est affecté de névralgie, ressection qui ne saurait atteindre le but qu'on se propose (*Ibid.*)

Correspondance.

Mastics dentaires. *Lettre de M. Didier, chirurgien dentiste à Paris.* — « Dans le dernier numéro des Annales de Thérapeutique, p. 78, vous donnez la formule d'un dentiste allemand, M. Oestermaier, pour la formation d'un nouveau mastic dentaire, et vous terminez votre article par ces mots : — « Il serait à désirer que nos dentistes l'essayassent et en fissent connaître les résultats, car on manque réellement d'un mastic durable pour cet usage. » — Je

me suis empressé de mettre à l'épreuve la formule de M. Oestermaier, en suivant d'abord exactement le mélange des deux éléments qu'il indique, c'est-à-dire, la chaux caustique et l'acide phosphorique *anhydre*, et je dois déclarer qu'à moins qu'il n'y ait erreur dans les chiffres des proporportions, il est impossible d'obtenir une pâte par le mélange de 13 parties de chaux caustique et 12 parties d'acide anhydre qu'il indique : il n'en résulte qu'un composé sec, au contraire, dont on ne sait que faire. Ce composé cependant prend la forme d'une pâte, si, avant de mêler l'acide, celui-ci est exposé pendant quelques minutes à l'air ; mais alors il cesse d'être *anhydre*, puisqu'il a absorbé l'humidité atmosphérique, et il en résulte que la pâte elle-même qu'on obtient ne s'indure pas : elle reste molle dans la dent et se laisse entraîner par la salive. Ainsi, si l'on emploie l'acide *anhydre*, on n'obtient pas une pâte, et si l'acide n'est pas anhydre, on n'a qu'une pâte qui ne remplit pas le but. Voilà pour les premiers essais.

» J'ai ensuite essayé de mêler les deux substances dans des proportions diverses, en me servant toujours de l'acide anhydre, et je n'ai obtenu qu'un composé qui s'écrasait sous les doigts et se réduisait en poudre. J'ai trouvé cependant, à la fin, qu'une proportion de quatre à cinq parties de chaux caustique et de douze parties d'acide phosphorique anhydre, avec addition d'à peu près deux parties d'esprit de vin ou d'eau, donnait une pâte qui, employée immédiatement, se durcit de suite dans la dent ; mais, malheureusement, ce composé perd bientôt sa consistance : il se laisse petit à petit entraîner par la salive, et, au bout de quinze jours, j'ai trouvé vides les cavités dentaires où je l'avais employée. J'ai dû en conclure que le nouveau mastic allemand ne valait pas mieux que ceux que nous possédons déjà.

» Comme vous le dites avec raison, monsieur le Rédacteur, nous manquons réellement d'une préparation convenable pour remplir les cavités accidentelles des dents, et il serait vivement à désirer qu'on trouvât un composé assez solide et innocent à la fois pour remplir sûrement cette importante indication qui se présente à chaque instant dans la pratique, et contre laquelle l'art ne possède, jusqu'à présent, que des ressources imparfaites.

» Il est même de ces ressources qui offrent des inconvénients assez graves, et pourtant on s'en sert journellement : telles sont les feuilles métalliques qu'on entasse dans les cavités qu'on veut plomber. Qu'elles soient en étain, en platine, en or, ces feuilles exigent, pour être bien tassées, une certaine force de pression, ce qui occasionne des douleurs vives qui persistent plus ou moins longtemps, et quelque fois aussi la fracture de la dent. — Les amalgames eux-mêmes ne valent pas mieux ; le calorique qu'elles y apportent réveille, dans beaucoup de cas, des douleurs intenses ; et d'ailleurs, comme la forte proportion de mercure qu'elles contiennent s'évapore consécutivement sous l'influence de la chaleur, il en résulte une diminution de la masse introduite et, par suite, son ébranlement, son expulsion. Ajoutons que la plupart de ces corps ont, d'autre part, l'inconvénient d'être oxydables, ou du moins attaquables par certains aliments, par certaines conditions morbides de la salive, et de prendre une nuance désagréable à la vue, surtout lorsqu'ils sont employés sur les dents antérieures. — Les composés de substances organiques, de résines, etc., ne valent pas mieux en général, leur durée n'étant que trop courte ; le frottement, l'action de la salive, des aliments, des boissons, les attaquent aisément et les entraînent.

» Je terminerai cette lettre en disant que le seul mastic qui m'ait donné, depuis longtemps, des résultats tolérables (en attendant mieux), est celui dont j'ai consigné la formule dans mon ouvrage actuellement sous presse et qui paraîtra prochainement : *Des erreurs et préjugés relatifs aux opérations de la chirurgie dentaire*. Cette formule, la voici : On forme une liqueur de consistance sirupeuse avec du mastic oriental réduit en poudre très fine et un peu d'acide nitrique. On y mêle, au moment de l'employer, cinq centigr. (un grain) d'oxyde de zinc par gramme (scrupule) de liqueur, et une quantité suffisante d'amiante pour former une pâte assez épaisse qu'on introduit dans la dent cariée, préalablement bien nettoyée. Ce composé s'indure et résiste, plus ou moins longtemps, à l'action de la salive et de la mastication. Sa durée est de quelques mois chez les uns, beaucoup plus longue chez les autres. Il m'a semblé, au reste, que cette durée était en rapport avec certaines conditions physico-chimiques de la salive. Ainsi, elle est moindre chez les personnes à constitution débile, à mauvais estomac, qui salivent beaucoup ou dont le liquide buccal est abondant épais et parfois acide. » — Agréez, etc.

Caustique sulfurique. — Nous avons reçu de M. le docteur Beauvoisin une lettre que le défaut d'espace nous empêche de donner en totalité. L'auteur soutient que le caustique d'acide sulfurique solidifié à l'aide du safran, et dont nous avions attribué l'invention à M. Velpeau, avait été composé par d'autres longtemps, auparavant, et indiqué par lui-même dans ses publications de 1838 et de 1843. L'auteur nous a adressé, en outre, un numéro du 15 avril 1836, du Journal des connaissances médicales et de pharmacologie, dans lequel on trouve effectivement, p. 287, la formule suivante, extraite d'un journal allemand (Rust's Mag.), et que nous copions textuellement.

«*Pâte caustique avec l'acide sulfurique concentré.* — L'acide sulfurique est presque le seul caustique dont on peut se servir sans danger contre les excroissances de la bouche et de l'arrière-bouche, et pour y détruire les parties dégénérées. Son action sur la fibre est plus prompte que celle de tous les autres caustiques, et elle en diffère essentiellement en faisant ratatiner la partie cautérisée, dont elle n'excède guère les limites. Pour atteindre ce but, on fera bien de ne pas l'employer seule ; mais, mêlée au safran, avec lequel on forme une pâte, c'est cette composition qui a été longtemps vendue en Allemagne comme arcane. — P. Acide sulfurique, 2 gros ; safran en poudre, 8 à 12 grains. Faites une pâte qu'on étendra au moyen d'un pinceau. »

Il résulte de ce document, que le principe de la composition du caustique de M. Velpeau existait déjà dans la science, et que nous avons eu tort d'en attribuer l'invention à ce chirurgien. Cependant les proportions ne sont pas les mêmes, puisque la pâte de la Charité ne saurait s'employer avec un pinceau, et, d'ailleurs, son application aux affections cancéreuses est nouvelle et d'une grande importance.

FAITS CRITIQUES.

La cuisine de l'hopital Beaujon. *Faits graves.* — Les faits que nous avons signalés dans notre dernier numéro, concernant l'empoisonnement général qui a eu lieu à l'hôpital Beaujon par la viande délétère, ont été reproduits par plusieurs journaux politiques d'après notre article. L'autorité a été saisie officiellement de la chose ; le procureur du roi, accompagné du docteur Bayard, s'est rendu sur les lieux, en même temps que la Préfecture de police faisait nommer une commission d'enquête dans le sein du conseil de salubrité. Le conseil a désigné pour commissaires trois membres

dont deux se sont rendus à l'hôpital pour recueillir des renseignements, MM. Huzard et Emery. L'enquête de ces messieurs a été si singulièrement faite, qu'ils sont arrivés à des conclusions différentes de celles que les faits les plus positifs nous avaient suggérées, et l'on a, dit-on, préparé un démenti formel à notre article. Quoique nous fussions déjà certain de l'exactitude des faits, la source de nos renseignements étant directe et authentique, nous avons cru cependant, dans l'intérêt de la vérité et de la santé des malades, retourner à l'hôpital Beaujon, interroger directement M. le directeur, questionner M. Robert, les élèves internes, les sœurs, visiter enfin soigneusement la cuisine, les ustensiles, et nous faire rendre un compte exact du mode d'enquête suivi par MM. les délégués du conseil de salubrité.

Il résulte de nos recherches, 1° que le fait que nous avons signalé, d'empoisonnement par de la viande délétère est constant, tous les malades qui avaient mangé de cette viande, et pas les autres, ainsi que les employés, les personnes de service et les élèves internes, ayant éprouvé des accidents formidables; 2° que la sœur qui s'est consécutivement soumise, à trois reprises différentes, à l'expérience de manger d'un reste de la même viande, a constamment été saisie des mêmes symptômes d'empoisonnement. Nous l'avons nous-même interrogée à cet égard. La fille de cette femme et le chat de la maison, qui ont subi les mêmes expériences à plusieurs jours d'intervalle, ont présenté les mêmes phénomènes d'intoxication. Rien de pareil avec tout autre viande. Le directeur, le chirurgien, et tous les autres employés de la maison sont unanimes à cet égard. Ainsi, pas le moindre doute sur le fait en lui-même, nous le soutenons comme rigoureusement exact, et nous pouvons ajouter que depuis le mois de janvier dernier le même accident s'est reproduit cinq fois, toujours par la même cause, par de la viande de mauvaise qualité, malade, ou de bœufs dits *surmenés*, c'est-à-dire ayant la fièvre. Nous avons signalé la cause de cette calamité, nous n'y reviendrons pas : c'est à l'autorité à aviser.

Disons maintenant comment les deux commissaires délégués par le conseil de salubrité ont procédé à cette grave enquête, qui intéresse si hautement l'humanité. Imaginez-vous ces deux messieurs arrivant chez le directeur de l'hôpital avec des idées préconçues, des convictions arrêtées d'avance sur les faits qu'ils étaient chargés d'examiner! D'abord, M. Huzard, avant de rien entendre, commence par déclarer qu'on s'était trompé, par la raison que la viande des animaux malades n'était pas nuisible à l'homme; et la preuve, c'est que lui, il a mangé autrefois de ces sortes de viandes, en a fait même manger à sa famille, sans rien éprouver; que la viande des animaux atteints de charbon ou d'autre affection, loin de nuire, était salutaire, puisque son père en avait fait manger à un régiment de soldats harassés de fatigue et de maladies et qui se sont beaucoup mieux portés depuis!! Dès lors, lui a-t-on répondu, mieux vaudrait avoir pour les hôpitaux de la viande d'animaux malades!!...

On a eu beau exposer les faits de l'hôpital à M. Huzard, tout cela ne signifie rien à ses yeux : l'accident ne dépend pas de la viande, selon lui, et l'expérience répétée sur la sœur, sur sa fille et sur le chat, ne prouve rien dans l'opinion de M. Huzard. On se rappelle que ce théoricien, qui n'est pas médecin, niait aussi autrefois la contagion de la morve, malgré les faits écrasants que M. Leblanc et d'autres avaient produits. Enfin, M. Huzard demande à visiter la cuisine, les ustensiles, les fourneaux et les murs; tout est en bon état; mais en passant dans un corridor contigu, et séparé de la cuisine par une porte, il aperçoit au plafond une vieille poutre couverte de petits champignons, et il déclare sérieusement que c'était la poussière de ces champignons en floraison, qui, transportée par les vents à la cuisine, à travers les trous de la porte, avait été la source des accidents!! Ce qu'il y a de plus curieux, cependant, c'est que dès que les employés ont entendu cette burlesque sentence, ils ont raclé le plafond, pris un peu de la poudre des petits champignons, qu'ils ont mêlée à de la viande, et fait manger au chat de la maison; ils en ont mangé eux-mêmes sans éprouver le moindre effet nuisible.

Vient le tour de M. Emery. Ce Monsieur n'a pas été moins récréatif que son collègue. Prenant des airs d'*alter ego*, cet employé des Beaux Arts ne s'est pas trouvé d'accord avec M. Huzard, et il a paru s'élever assez haut pour attribuer l'accident à un état de l'atmosphère, ce qui n'est pas moins ridicule; car il n'y a que les patients seuls qui ont mangé d'une sorte de viande, qui ont éprouvé des accidents à une certaine époque après le repas. Évidemment, M. Emery s'est aussi lourdement trompé, dans ce cas, que s'il eût décrit a veine saphène au bras, ou demandé si un os éthmoïde qu'on lui présentait appartenait au côté droit ou gauche! — Nous espérons qu'on ne nous obligera pas d'examiner la question de savoir si ces deux messieurs offrent le savoir nécessaire pour être déclarés compétents dans l'appréciation de faits qui intéressent à un si haut point la santé publique! — Concluons, en attendant, de ce qui précède, qu'en se trompant eux-mêmes, les deux délégués ont trompé le conseil de salubrité, et l'autorité, qui avait mis tant de zèle à s'éclairer, a été par là mal servie, et c'est en définitive le pauvre qui en est victime! Nous avons fait notre devoir de publiciste; à d'autres à faire le leur!

—Les lions du jardin des plantes. Ces nobles captifs, rois déchus du désert, conservent dans leur détention les hauts goûts de leur ancienne grandeur. Ils refusent la viande de cheval, et s'ils la mangent, ils deviennent malades, ont le dévoiement, etc. Aussi l'administration du Jardin des Plantes leur fait elle tuer exprès chaque jour un bœuf ou une vache pour leur repas. M. Huzard donnera, s'il le peut, l'explication de cet effet de la mauvaise viande chez les lions; il placera probablement l'homme au dessous de ces bêtes! On avait cru aussi que le venin de la vipère, ingéré, dans l'estomac, restait sans action; il est prouvé cependan aujourd'hui que l'intoxication a également lieu par l'estomac, seulement il en faut une plus forte dose par cette voie que par la peau.

—Eaux minérales de luchon. M. Fontan, membre correspondant de l'Acad. de méd., a lu, dans la séance du 13 mai, un intéressant travail sur ces eaux thermales. L'auteur s'est attaché à prouver par des faits cliniques quelles étaient les maladies dans lesquelles ces eaux paraissaient avoir le plus d'efficacité. Ce travail n'ayant été lu que par un court extrait, nous ne pouvons, quant à présent, en apprécier toute la portée; mais il sera bientôt imprimé et nous comptons le faire figurer en partie dans nos colonnes. Le nom de M. Fontan se rattachant aux travaux hydrologiques modernes les plus importants, nous tenons à en donner un compte-rendu complet. — A l'occasion de cette lecture, l'un des membres de l'Académie, M. Gérardin, a pris gravement la parole pour se livrer à des récriminations aussi inconvenantes que hors d'à-propos, contre des charlatans qui exploitent, à l'aide de prospectus exagérés, et les sources minérales, et le nom de l'Académie. Entrant ensuite en matière sur le sujet de la lecture de M. Fontan, M. Gérardin n'a prouvé parfaitement qu'une seule chose : c'est qu'il n'a pas la moindre notion d'hydrologie minérale. Nous épargnerons à nos lecteurs la peine de leur faire connaître les merveilles que M. Gérardin a débitées dans cette séance!

La chlorose. — Qu'est-ce que la chlorose ou la chloro-anémie, ainsi qu'on l'appelle? D'après les idées généralement professées en France, la chloro-anémie serait une maladie de faiblesse dont l'essence consisterait dans un défaut de la quantité et de la qualité du sang. De là l'épithète singulière d'*hydrohémie* que M. Piorry lui a assignée. Ainsi la chlorose ne consisterait essentiellement que dans une hydropisie du sang, selon les uns, dans un défaut de la quantité totale de la masse sanguine et de la proportion de la partie colorante (globules rouges), selon les autres. Voilà ce qu'on appelle une définition positive, indépendante de toute théorie. Et quant à la caractérisation pratique de l'affection, elle résulte d'un certain cachet de pâleur de l'ovale inférieur de la face et de la peau du dos des mains, dont les veines restent invisibles, d'un bruit de souffle au cœur ou à l'aorte, et aux carotides, bruit qu'on nomme par cela même, chloro-anémique, et de plusieurs phénomènes généraux, de forme nerveuse, et réagissant sur l'utérus, vers l'estomac, etc. Les malades appétissent surtout les choses acides. Par suite de ces idées, on croit que l'indication thérapeutique consiste à tonifier l'organisme, à augmenter la masse du sang : cette dernière indication paraît tellement fondamentale à M. Bouillaud, qu'il pense que la transfusion du sang serait le meilleur remède chez les chlorotiques, si cette opération pouvait être exécutée sans danger. Les bonnes cotelettes rôties, et quelques faibles doses de lactate de fer, sont, en attendant, prescrites comme moyens restaurateurs du sang ou antihydrohématiques; et si une maladie inflammatoire se déclare chez une chlorotique, on se garde bien de saigner, de diminuer la masse du sang, à moins que la phlogose ne soit de celles qui menacent promptement la vie. Tels sont les principes et les préceptes fondamentaux qu'on professe sur la chlorose.

Douter de l'exactitude de ces principes, de ces préceptes, c'est aujourd'hui se montrer, ou ignorant ou théoricien, aux yeux de certains savants. Nous avons cependant osé affronter cet orage, il y a peu de jours, à la clinique de M. Bouillaud: la discussion a été quelque peu rude, saccadée, et elle n'est qu'à peine entamée. M. Bouillaud a promis de formuler complétement ses idées à l'égard de cette maladie, dans une leçon qu'il compte lui consacrer. La question sera donc reprise au lit du malade. En attendant, usons de notre libre examen à l'égard des données que nous venons d'exposer. Ceci amènera peut-être un plus ample développement des arguments que M. Bouillaud aura à présenter aux élèves.

D'abord, sur quoi se base-t-on pour établir un défaut dans la qualité du sang? On dit que le sang est aqueux, hydropique, peu coloré. Nous le nions complétement. Il est facile de s'assurer, à l'aide d'une petite saignée, ainsi que nous l'avons fait dernièrement encore, que le sang des chlorotiques n'offre pas les conditions qu'on lui suppose; les recherches, d'ailleurs, de M. Le Canu, celles de plusieurs micrographes sont loin d'autoriser l'opinion que nous combattons. Ainsi, ce premier point, qui est l'hypomochlion de la doctrine, n'est, selon nous, qu'un préjugé, une hypothèse qu'on donne comme un fait, uniquement parce que les malades sont pâles. On prend la pâleur comme l'expression d'une altération du sang, et l'on dit : voilà un fait positif; et nous disons, nous : voilà une hypothèse! L'hypothèse n'est pas dans la pâleur, mais bien dans la signification qu'on lui accorde. La colère, le chagrin, etc., produisent aussi une pâleur plus ou moins durable, et cette pâleur ne s'explique autrement que par un état spasmodique du système capillaire périphérique. Nous aurons à voir s'il existe un certain état maladif capable de produire le même effet, sans qu'il se rattache à une altération du sang. Toutes les maladies de longue durée d'ailleurs occasionnent plus ou moins de la pâleur.

D'autre part, comment sait-on que dans la chlorose il y a défaut de la masse totale du sang? A-t-on pesé les sujets, extrait tout leur sang, mesuré d'une manière quelconque ce liquide? La science ne possède aucune donnée certaine à cet égard, et les physiologistes eux-mêmes ne peuvent donner aucun chiffre absolu sur la quantité de sang qui existe chez l'homme sain. Encore ici nous ne trouvons qu'une simple hypothèse donnée comme un fait positif. On voit que les vaisseaux périphériques sont peu développés, les veines des mains non turgescentes, et l'on dit : il y a défaut dans la masse du sang! Mais c'est justement cette interprétation que nous attaquons. Vous mettez une doctrine, une explication à la place du fait, et nous nous croyons en droit de rechercher si cette condition des vaisseaux n'est pas une conséquence de la première; c'est-à-dire d'un certain état maladif de l'arbre vasculaire, indépendant de l'état du sang; car enfin ce n'est pas le sang que vous examinez, c'est, au contraire, l'état des vaisseaux qui frappe vos sens. — On voit déjà qu'après cela tout ce système tombe en ruine, car l'état du pouls, le bruit de souffle, les symptômes généraux, etc., restent à interpréter. — Il vous reste maintenant à prouver deux choses fondamentales : 1° que la chlorose est une maladie asthénique; 2° que le fer est un remède tonique. Nous sommes en mesure de démolir pièce à pièce tout ce système d'idées prétendues positives qu'on enseigne sur la chlorose. Théorie, pratique, tout est à refaire à cet égard; et c'est par la démolition de ce que nous regardons comme erroné que la discussion doit s'ouvrir.

ANNONCES.

L'art de fumer, ou *Traité des fumeurs, des pipes, des différents tabacs*, etc., suivi de quelques conseils sur la conservation des dents; par M. Jamet, chirurgien-dentiste, à Paris, etc. Metz, 1845. Broch. in-12, de 75 pages.

La médecine dentaire *mise à la portée de tout le monde*, etc.; par M. Didier, chirurgien-dentiste à Paris. Broch. in-8. de 71 pages. Paris, 1845.

La diastole, ou *Méthode de conserver les dents sans employer la lime*; par M. C. Marmont, chirurgien-dentiste. Broch. in-12 de 35 pages. Paris, 1844.

Précis de chirurgie élémentaire, etc.; par M. A. Moreau-Boutard. Broch. in-8. de 97 pages. Paris, 1845. Chez Fortin, Masson et Cie, place de l'École de Médecine, n. 1.

Des plaies des os, par le docteur A. Guepratte, chir. de la marine. Broch. in-8. de 36 pages. Paris, 1845. Chez J.-B. Baillière.

An essay *on the philosophy of medical science* (Essai de philosophie médicale); par M. E. Bartlett, profess. de méd. à l'Université de Maryland (Amérique). Un vol. in-8° de 312 pages. Philadelphie, 1844. Nous rendrons prochainement compte de cet important ouvrage.

Quelques considérations *sur le bec-de-lièvre*; par M. Demarquay, interne des hôpitaux, aide d'anat. à la Faculté. Broch. in-8°.

Paris. — Imprimerie de LACOUR et Comp.
Rue St-Hyacinthe-Saint-Michel, 33.

Troisième Année. Ce Journal paraît le Ier de chaque mois. N° 4. — Juillet 1845.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

ET

DE TOXICOLOGIE.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.

» Alibert. »

—

Eaux sulfureuses.

Fragments d'un travail sur les eaux sulfureuses naturelles des Pyrénées, au point de vue clinique, lus à l'Académie de médecine, par M. le docteur Fontan.

Dans plusieurs communications que j'ai eu l'honneur de faire, soit à cette Académie, soit à l'Académie des sciences, j'ai traité quelques questions sur la nature chimique et physique des eaux minérales sulfureuses ou autres des Pyrénées, de l'Allemagne, de la Belgique, de la Suisse et de la Savoie; j'ai cherché à pénétrer la nature intime de ces eaux, et je les ai comparées entre elles. J'ai pu conclure de mes observations que les eaux thermales sulfureuses, naturelles, des Pyrénées sont spéciales par leur nature physique et chimique; que, jusqu'à présent, sur plus de trois cents sources que j'ai visitées dans diverses parties de l'Europe, je n'en avais pas rencontré plus de huit analogues; et que toutes les eaux qui, dans les autres localités, ont plus ou moins de ressemblance avec elles, ne doivent cette fausse analogie qu'à la décomposition d'un sulfate, quelquefois alcalin, mais le plus souvent calcaire, par des matières organiques en décomposition; tantôt par de la tourbe, comme à Enghien et à Schisna; tantôt par des lignites, comme à Weilbach, et tantôt par des prairies marécageuses et des terrains coquilliers, produisant de l'acide crénique, comme à Aix-la-Chapelle, à Borcette et à Aix en Savoie. Mes observations ont reçu la sanction de l'Académie des sciences et d'un grand nombre de savants. Je regrette de ne pas me trouver d'accord avec quelques membres de l'Academie; mais je ne veux pas aujourd'hui m'occuper de cette question. J'y reviendrai plus tard.

Je viens faire part dans ce moment, à l'Académie, de quelques observations cliniques de ma pratique à Bagnères-de-Luchon. Mais, au lieu de commencer cette étude de l'action des eaux minérales par un empirisme aveugle, comme on le fait trop souvent, j'ai voulu connaître d'avance la nature et la force relative de chaque source que je devais administrer, et j'ai cherché à raisonner, si je peux m'exprimer ainsi, mes observations. Je ne me suis pas contenté d'administrer les eaux; j'ai dû chercher surtout à les rendre le plus efficaces et le plus utiles possible aux malades qui se confiaient à mes soins, me rappelant que je suis médecin et non pas expérimentateur, et que le but de tous nos efforts est la guérison des malades. Parmi plus de 4,000 malades que j'ai soignés aux eaux depuis le commencement de ma pratique, j'ai eu à observer des cas très intéressants, et qui démontrent d'une manière irrévocable l'action puissante des eaux thermales sulfureuses naturelles, lorsque tout autre moyen avait échoué; car, si l'on a pu dire avec raison qu'après l'impuissance des médicaments, le fer et le feu guérissaient beaucoup de maladies, l'on peut affirmer avec autant de vérité que là où le fer et le feu allaient être employés, et quelquefois après leur usage, les eaux minérales sulfureuses ont eu des succès. Il est douloureux de voir des moyens aussi efficaces presque dédaignés par certains praticiens, et trop peu étudiés par le plus grand nombre, ne pas recevoir les utiles applications dont ils sont susceptibles. Que de fois le fer tomberait des mains des chirurgiens, s'ils étaient pénétrés, comme moi, de l'idée qu'ils peuvent conserver à leur malade les membres qu'ils s'apprêtent à amputer, et qu'ils pourraient rendre le libre exercice de toutes leurs fonctions à ceux qu'ils vont mutiler!

Les maladies pour lesquelles les eaux de Luchon m'ont le mieux réussi, sont, outre les bronchites chroniques simples ou liées aux affections cutanées : 1° Les affections, dermiques et, parmi celles-ci, les eczéma chroniques rebelles, locaux ou généraux; les lichens, les impétigo et même l'éléphantiasis des Grecs, ou la lèpre tuberculeuse au premier et au deuxième degré ; 2° Les blépharites herpétiques qui avaient résisté à toute espèce de traitement, et les blépharites et ophthalmies scrofuleuses; 3° Les ganglionites scrofuleuses avec ou sans ulcérations, soit que les tumeurs eussent le volume d'une noisette ou celui du poing; 4° Les caries scrofuleuses des doigts ou des orteils, du carpe ou du tarse bornées et profondes, superficielles et étendues ; 5° Les nécroses du cubitus ou du péroné, du radius ou du tibia. J'ai vu des séquestres se détacher en moins d'un mois, qui étaient comme encastrés dans les chairs depuis plus d'une année; 6° Les affections syphilitiques au 2e, 3e degré. Comme adjuvant du traitement mercuriel ou ioduré, les eaux minérales sulfureuses sont appelées à rendre des services éminents à la thérapeutique, quand ces moyens seuls ont échoué, surtout aux malades chez lesquels cette affection se complique d'un tempérament scrofuleux ou d'affection herpétiques. Je proteste de toutes mes forces contre la sentence de Bordeu, qui voulait que Vénus ne fût pas de moitié dans les blessures que Mars aurait produites, pour que les eaux sulfureuses fussent efficaces. Je rappellerai aussi un fait de la plus haute importance, que j'ai observé, il y a plus de sept ans, dès la première année de ma pratique, et que j'ai signalé, il y a six ans, à l'Académie, dans un mémoire que j'ai eu l'honneur de lui présenter, mais qui s'est passé inaperçu, sans doute parce que ce n'est pas un médecin qui a fait le rapport de ce mémoire : c'est que les malades ne salivent jamais, quand ils suivent un traitement mercuriel, en faisant usage des eaux sulfureuses de Luchon en boisson et en bains, et que les malades qui salivent en arrivant, à la suite d'un traitement mercuriel, sont bientôt guéris par l'usage de nos eaux, et qu'ils peuvent, après quelques jours, reprendre ce traitement sans que l'accident se reproduise. Je pense que cette action importante et si utile se passe également dans les autres établissements thermaux, mais peut-être avec moins d'énergie.

L'on voit aussi chez des malades, n'ayant aucune affection syphilitique, guéris en apparence des symptômes primitifs, mais toujours restés maladifs depuis, ces symptômes se reproduire par l'action des eaux, et guérir ensuite complétement avec le retour à une santé parfaite par un traitement antisyphilitique bien fait pendant ou après l'usage des eaux. Les cystites chroniques, suite d'affection blénorrhagiques, en éprouvent de bons effets ; 7° Les affections rhumatismales chroniques avec engorgement des tissus blancs qui entourent les articulations (et après avoir résolu, s'il en existe, les hydropisies au moyen des médicaments spéciaux comme les vins ou teintures de colchique et les applications de vésicatoires, ou mieux les sachets dégageant de l'ammoniaque au moyen duc hlorhydrate d'ammoniaque et de la chaux au milieu de poudres aromatiques), ainsi que les fausses ankyloses et les rétractions musculaires qui en résultent. J'ai fait quitter des béquilles et des jambes de bois à des personnes qui s'en servaient depuis des années, et qui aujourd'hui marchent même sans se servir d'une canne ou d'un bâton. — J'ai guéri aussi de fausses ankyloses ou tumeurs blanches rhumatismales du cou qui avaient dévié la face en déformant le cou, et avaient produit une espèce de torticolis qui ressemblait à celui produit par les rétractions des sterno-mastoïdiens, mais qui cessaient très bien sans la section de ces muscles, à l'aide des bains et des douches de Luchon ; 8° La résolution de tumeurs abdominales mésentériques de plusieurs décimètres de long, sur plus d'un décimètre d'épaisseur ; 9° Des entérites chroniques, avec diarrhée non tuberculeuse, rebelles, résistant à tout remède, ont été guéries à Luchon, après plusieurs mois et plusieurs années de durée; 10° Des vomissements rebelles, durant depuis plusieurs années, sans lésion organique appréciable ; 11° Des métrites chroniques avec sub-inflammation et engorgement chronique, après que les ulcérations, s'il en existait, avaient été cautérisées ; car avant la guérison des ulcérations, ces eaux sont trop irritantes. J'ai vu, après la guérison de ces affections, des femmes, qui étaient stériles depuis un jusqu'à dix ans, devenir mères, deux à six mois après leur retour dans leur famille ; mais, en général, du deuxième au quatrième mois ; 12° Des névralgies rebelles, surtout les névralgies faciales et sciatiques, pouvant être liées à quelque affection syphilitique, rhumatismale ou herpétique, ont été soulagées ou guéries, notamment après les émissions sanguines locales abondantes, avec les ventouses ou les sangsues, et l'usage de bains émollients, même au cœur de l'hiver, avec plusieurs pieds de neige. Je ne veux pas exposer à l'Academie les détails de tous ces faits. Je me réserve d'en faire connaître un grand nombre à la suite d'une deuxième édition de mes travaux sur les eaux des Pyrénées. Mais je vais lui soumettre des observations sur quelques cas pris au hasard, et je sollicite autant ses conseils pour l'avenir que je désire ses suffrages.

1er *Fait.* (1838). — **Syphilis constitutionnelle.** — Madame..., âgée de quarante-deux ans, mariée à un militaire, essuya une affection syphilitique, qui se manifesta d'abord par des ulcérations aux organes génitaux, avec un écoulement muco-purulent. La malade fut traitée par des moyens adoucissants et antiphlogistiques et paraissait guérie, lorsque, cinq à six mois après, elle fut prise de douleurs à la gorge qui ne cédèrent pas à des gargarismes émollients ; puis de douleurs au front et à la partie antérieure de la jambe droite ; bientôt après, les points où elle avait senti les douleurs se tuméfièrent et présentèrent des tumeurs plus ou moins saillantes, offrant d'abord de l'empâtement, et qui finirent par s'ulcérer ; elle offrait aussi à la surface des membres plusieurs ulcérations arrondies, d'un aspect violacé, qui étaient venues peu à peu. — La malade fut soumise à

un traitement dont elle ne peut bien rendre compte; elle sait qu'on lui toucha plusieurs fois la gorge avec une pierre qui brûlait, dit-elle; qu'on lui fit faire des gargarismes avec des solutions diverses; qu'on lui pansa les ulcères du front, de la jambe et des membres avec un onguent grisâtre, et qu'on lui fit prendre pendant plusieurs mois des pilules et des sirops, mais tout cela sans succès. Peu à peu sa santé générale s'altéra; elle devint très faible et très maigre; elle perdit complétement l'appétit, et fut réduite à garder le lit pendant près d'un an; elle salivait presque continuellement. Elle fut envoyée, en désespoir de cause, à Bagnères-de-Luchon, où elle arriva dans l'état suivant :

Sa faiblesse est si considérable et sa jambe si douloureuse qu'elle ne peut se soutenir; on est obligé de la porter à son logement; elle porte sur le front trois tumeurs gommeuses, dont une au centre, largement ulcérée, à bords durs; une tumeur gommeuse à la jambe droite ulcérée, et laissant suinter un pus ichoreux. Tous les membres sont remplis d'ulcères phagédéniques; le voile du palais et les amygdales sont largement ulcérés; ces ulcères sont arrondis, à bords taillés à pic; l'inappétence est complète. Je prescrivis des bains de Richard-Nouvelle à 27° 1[2 R.; boissons de Richard-Nouvelle, un à trois verres le matin à jeun, graduellement; injections dans les sinus des tumeurs gommeuses avec l'eau de Richard-Nouvelle, plusieurs fois le jour. Pansement avec le cérat opiacé.

Après quatre bains, la malade se trouva un peu moins faible, les ulcérations prirent un meilleur aspect, l'appétit revint un peu, mais il survint une légère constipation; lavements émollients. Après le huitième bain, la malade éprouva des malaises, de la céphalalgie, des douleurs vagues parcourent les membres. Le pouls devint plus plein et plus vif : suspension du bain, boissons délayantes, diète; la nuit fut agitée, la soif devint vive; le lendemain, tous les symptômes s'étant exaspérés, le pouls était vibrant : diète, boisson délayante; le troisième jour, même état : saignée du bras de 12 onces; le soir, calme, moins de fièvre, soif moins vive; le lendemain, quatrième jour, mieux marqué; le cinquième jour, reprise des bains. Le bain est bien supporté, la malade se trouve mieux qu'avant la fièvre; l'appétit revient, on continue le bain jusqu'au sixième; alors malaise, excitation, pouls vif. Je ne voulus pas revenir à la saignée, je prescrivis un bain émollient pendant une heure et demie à 26° 1[2. Ce bain calma la malade, qui put reprendre le lendemain son bain minéral; depuis, je ne la saignai plus; mais lorsque, après une série de cinq ou six bains, il survenait de l'excitation, je lui faisais prendre un bain émollient prolongé qui la calmait parfaitement. — Sous l'influence des bains, les ulcérations avaient pris un bon aspect, le pus des tumeurs gommeuses avait été modifié; il existait une amélioration marquée, mais les eaux seules ne paraissaient pas pouvoir guérir la malade. Je prescrivis des pilules de proto-iodure de mercure de un demi-grain, je touchai les ulcérations soit des amygdales, soit du voile du palais, avec une solution de nitrate acide de mercure étendu de six parties d'eau, et je fis ajouter parties égales d'onguent napolitain au cérat opiacé; je fis faire en même temps des frictions avec une pommade composée de parties égales d'onguent napolitain et d'axonge, et de un dixième d'extrait de belladone sur les tumeurs gommeuses. Sous l'influence de ce traitement, les ulcérations des membres se fermèrent, ainsi que deux tumeurs gommeuses du front; la tumeur gommeuse moyenne du front et la tumeur de la jambe diminuèrent considérablement. Je fis prendre à la malade la boisson de la Reine, et les bains de la Reine et de la Froide; l'amélioration de la santé générale devint manifeste, la malade reprit de l'embonpoint; les forces lui permirent de faire quelques promenades en voiture, et après la troisième sortie, la malade put se promener dans le jardin, puis sur l'allée du bain. Je fis prendre quelques douches sur les tumeurs gommeuses de la jambe et du front; les tumeurs s'affaissèrent, et celle du front se ferma en laissant une dépression centrale elliptique que la malade cachait très bien à l'aide d'une féronnière. Cette dame partit après trois mois de traitement, ayant pris près de 80 bains. — Elle revint l'année suivante pour conduire sa fille, dont elle semblait la sœur aînée. Elle m'apprit que l'ulcère de la jambe s'était fermé deux mois après son retour et que depuis elle n'avait rien éprouvé.

— Cette observation est très intéressante; elle nous montre une maladie arrivée, par une affection vénérienne et par l'abus du traitement mercuriel, à un état très grave; car, et j'avais oublié de le dire, la malade se trouvait elle-même si mal, qu'elle avait pris ses dispositions en arrivant pour faire transférer son corps dans son pays, croyant mourir avant peu. Sous l'influence des eaux de Luchon, l'aspect des plaies se modifie heureusement; l'embonpoint revient, la salivation cesse et ne reparaît pas, malgré l'usage des mercuriaux à l'extérieur et à l'intérieur; les bains émollients, qui depuis, m'ont rendu de si grands services chez une foule de malades, arrêtaient, comme par enchantement, l'excitation qui se manifestait, et qui eût dû faire suspendre les bains. Nous pouvons conclure que les eaux sulfureuses de Luchon sont un des meilleurs adjuvants pour la cure radicale de la syphilis constitutionnelle. — Quel est le mode d'action des eaux dans les affections syphilitiques chroniques et dans le traitement mercuriel pour empêcher la salivation? Quant à la première question, je crois que c'est à une excitabilité générale qui provoque une réaction de toute l'économie, et qui tend à expulser au dehors par les diverses sécrétions du principe morbide retenu dans le corps pendant un temps plus ou moins long, soit d'une manière apparente, soit d'une manière cachée. Quant à la seconde, je pense, comme je l'ai dit, il y a trois ans, à l'Académie de médecine de Paris, que c'est à la neutralisation de l'excès du principe mercuriel par le principe sulfureux qui en forme un sulfure de mercure qui est insoluble, et par suite inerte. Ce principe pourrait aussi être expulsé en sortant par les urines.

Note du rédacteur. — La double question que soulève M. Fontan, à l'occasion de ce fait, mérite quelque examen. — Pour ce qui est de l'action antisyphilitique des eaux sulfureuses naturelles, elle est parfaitement prouvée par une foule de faits, mais elle n'est ni exclusive à ces eaux, ni uniquement particulière aux mercuriaux, ou aux sels iodo-potassiques. Dans l'expression la plus élevée de l'état actuel des connaissances sur l'action des médicaments et sur la nature intime de la syphilis, à quelque période qu'on la considère, tout remède hyposthénisant vasculaire, à action élective lymphatique, peut guérir la maladie. Un grand nombre de composés minéraux, de produits végétaux, d'eaux naturelles diverses, et jusqu'au simple régime sec et maigre, connu sous le nom de traitement arabe,

se trouvent dans ce cas. Aussi voit-on chaque jour des guérisons de ce genre s'effectuer à des sources thermales diverses, et ailleurs, à l'aide de remèdes très différents : ici par les composés antimoniaux, là par les sels auriques, à côté par les arsénicaux, etc. Ainsi, loin d'attaquer la véracité de ces observations, comme on l'a fait dernièrement à l'Académie, nous les confirmons par d'autres faits parfaitement identiques, et nous les trouvons d'ailleurs conformes aux principes généraux de la science ; seulement, nous n'adoptons pas la doctrine soutenue par M. Fontan, qui est d'ailleurs celle de la plupart des hydrologues. Nous nous sommes longuement expliqué sur la prétendue action excitante des eaux minérales, nous n'y reviendrons pas pour le moment (V. Ann. de Thér., tomes 1-2). — Quant à la seconde question, concernant l'action antiptyalique des eaux, le fait nous paraît mériter confirmation, et au surplus, la doctrine de M. Fontan n'est guère acceptable aujourd'hui, le règne des neutralisations chimiques dans le corps vivant étant fini avec le système toxicologique de M. Orfila! Peut-être M. Fontan, dont nous goûtons le savoir et le bon esprit d'observation, nous offrira-t-il l'occasion, par de nouveaux faits plus concluants, de discuter avec lui cette importante question. (*La suite au prochain numéro.*)

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

Thermalisation. *De l'origine du calorique des eaux thermales.*—M. Bianconi, physicien distingué d'Italie, vient de publier, sous ce titre, un intéressant travail dans le t. 6 des Mémoires de l'Académie des sciences de Bologne. S'étant livré à des expériences hydrauliques, l'auteur avait observé qu'en faisant passer des liquides à travers des tubes, de telle sorte que sous l'influence d'une forte pression ils frottassent contre leurs parois, ce frottement dégageait de la chaleur qui se communiquait au liquide lui-même. C'est ainsi, par exemple, qu'à l'aide d'un tube métallique fait en spirale, de la longueur de sept mètres, dont il donne la figure, et d'une pompe foulante et aspirante, mue par trois hommes, il a pu faire augmenter de deux degrés centigrades la température de l'eau qu'il y a fait passer forcément. Partant de ce fait, M. Bianconi a cru que l'eau minérale qui vient des terrains primitifs, qui traverse des fentes de granit, de silice ou d'autres masses pierreuses très dures, doit éprouver dans son parcours une pression d'autant plus grande qu'elle est imprégnée de gaz à l'état libre. Le frottement doit, par conséquent, augmenter à chaque instant sa température, et l'on comprend, d'après l'auteur, que certaines eaux puissent arriver bouillantes en s'échappant des fentes souterraines, ou même plus que bouillantes quelquefois, puisqu'il en est qui n'arrivent qu'à l'état de vapeur à la surface du sol. — Ainsi la première cause de la thermalisation des eaux minérales serait leur passage à travers des fentes très étroites de rocs siliceux, quartzeux ou granitiques ; la seconde c'est leur vélocité excessive dans ce passage étroit par l'action expansive des gaz qu'elles renferment, ce qui les fait fortement frotter contre les parois de leurs conduits et les échauffe. Ces deux conditions existent réellement dans beaucoup de sources thermales, puisqu'on voit sortir le liquide avec une grande violence, conjointement à des gaz, par des fentes étroites. L'auteur déduit même le degré de calorification de chaque eau du degré de vélocité de la marche du liquide, et de la quantité de gaz qu'il renferme. Cette marche s'effectuant dans des conduits naturels parfaitement fermés, il est clair que l'action expansive du gaz doit faire éprouver au liquide un effet de frottement qui peut devenir une source de calorification. C'est ainsi aussi, dit l'auteur, que les choses se passent dans le corps de l'homme : tout ce qui accélère la circulation du sang, et par conséquent le frottement du liquide contre les parois des vaisseaux, développe du calorique et même la fièvre. Toutes les fois que l'eau n'émane pas de terrains disposés comme on vient de le dire, elle reste froide. M. Bianconi termine son mémoire en combattant l'opinion qui rattache la thermalisation des eaux à la chaleur centrale de la terre ; cette opinion ne lui paraît soutenable, tout au plus, que pour les cas où la source émane des voisinages d'un volcan éteint ou en ignition.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des fièvres, d'après l'Ecole italienne.

Nouvelles données thérapeutiques (1er art.).

Nos confrères en chirurgie doivent trouver peut-être étrange de nous voir aborder des questions de haute médecine, vu la direction toute chirurgicale de nos travaux antérieurs ; mais n'est-il pas plus étonnant encore de voir un certain nombre des chirurgiens du jour rester si indifférents à des sujets aussi importants, alors que leur pratique vient se heurter à chaque pas, et échouer fréquemment contre des affections médicales mal caractérisées, trop tard diagnostiquées, ou improprement traitées à la suite de telle opération sanglante, brillamment exécutée d'ailleurs? Combien y a-t-il de chirurgiens qui sachent explorer le poumon et le cœur, par exemple, avant de pratiquer une grande opération? Il est vrai que la même question pourrait être posée en face d'un grand nombre de médecins, puisqu'on trouve encore des médecins d'hôpital à Paris qui n'auscultent ni ne percutent, et qui se trouvent par conséquent dans l'orbite parabolique de la médecine vague des siècles passés! Qu'il nous soit donc permis d'exprimer le vœu, dans l'intérêt de l'art, que les chirurgiens rentrent eux-mêmes désormais dans ces sortes d'études dont nous avons senti la nécessité, et que la séparation des deux branches n'existe pas plus pour eux qu'elle n'existait pour les chirurgiens des siècles passés, le corps de l'homme n'étant qu'un et indivisible au point de vue des maladies, soit internes, soit externes. Les chirurgiens se plaignent contre les spécialités, et pourtant ils s'isolent eux-mêmes dans la partie manuelle! Suivons donc la science à ce point de vue général, et entrons en matière.

Dire de prime abord que le point de départ, la condition pathologique fondamentale de toute fièvre, aiguë ou chronique, éphémère ou durable, continue, intermittente ou rémittente, bénigne ou maligne, nerveuse ou pernicieuse, essentielle ou non essentielle, est *constamment* dans les centres de l'arbre

vasculaire, dans les ceps veineux centraux de la poitrine, dans le sinus cardiaque droit, dans les deux veines caves contenues dans le péricarde, dans le ventricule droit du cœur, et souvent aussi dans les cavités gauches de cet organe, c'est avancer sans doute une assertion hardie, systématique, présomptueuse, hasardée et peut-être même ridicule aux yeux de beaucoup de médecins. La démontrer cependant anatomiquement, le scalpel à la main, sur le cadavre; en faire constater cliniquement les caractères propres à chaque variété; signaler les conditions véritables des différences symptomatologiques apparentes, et en déduire enfin rigoureusement les indications thérapeutiques communes et parti culières, c'est toute autre chose; et pourtant nous ne craignons pas d'entrer dans cette voie, en prenant pour guide surtout un travail récent sur la matière que viennent de publier, dans le *Memoriale della medicina contemporanea*, deux jeunes médecins d'un grand avenir, MM. Biaggi et Gargnani, attachés au service des hôpitaux de la Force à Padoue. Plus de vingt autopsies minutieusement détaillées, choisies dans un grand nombre d'autres, accompagnent ce mémoire. Les deux auteurs l'ont intitulé : *Essai d'observations clinico-anatomiques sur le siége des fièvres*. Ils ont groupé, sous le titre de *phlébite centrale*, tous ces faits, en distinguant toutefois les cas dans lesquels la phlébite est isolée dans les cavités cardiaques droites, en particulier dans l'oreillette de ce côté et dans les deux ceps des caves, de ceux dans lesquels elle est combinée à l'artéro-cardite, avec ou sans prédominance de celle-ci. Ces énoncés peuvent sembler peut-être abstraits ou incompréhensibles avant d'être convenablement développés. Après que grand Galilée eut préparé, par son admirable travail sur la chute des graves, la voie dans laquelle Newton a su entrer, on ne pouvait d'abord comprendre comment des phénomènes de la nature, si divers, si variés, si opposés en apparence, pouvaient s'enrôler sous la puissance de la même loi, l'attraction universelle. En ce qui nous concerne dans notre petite sphère, nous ne voulons, par cet exemple, que prier le lecteur d'attendre, pour nous juger, le développement complet de la série d'articles que nous allons lui soumettre.

Le choléra sporadique a servi de point de départ aux recherches de MM. Biaggi et Gargnani. En juin 1843, on venait de transférer de la prison de Mantoue à celle de Padoue plus de deux cents forçats. La plupart de ces malheureux étaient minés par des fièvres intermittentes graves, avec hypertrophie énorme à la rate et des phlogoses thoraciques; un grand nombre succombaient. M. Biaggi d'abord, puis M. Gargnani, qui en ouvraient les cadavres, ont été frappés de la constance des lésions dans la cavité droite de la poitrine. Un jour (5 juillet 1843), il a été reçu à l'infirmerie le condamné Bosio avec des symptômes de pleurésie et fièvre; il était robuste, de tempérament veineux; le teint de sa figure était sombre. On lui pratique de suite une forte saignée; diminution de la dyspnée et de la douleur de côté, respiration meilleure. Le pouls cependant, au lieu de se développer, s'est affaissé de plus en plus et il est devenu presque imperceptible; abattement général. La physionomie était obscure, puis elle a pris une teinte bleue: anxiété; froid glacial à la surface du corps, tandis que le patient accusait de la chaleur dans les viscères; soif, langue pâle et froide, voix sépulcrale, somnolence, sueurs à la tête, douleurs fortes au dos, crampes violentes aux membres; peau ridée et molle; suppression complète des urines. On diagnostique un choléra très grave. On pratique une saignée d'abord d'un bras, puis de l'autre, et c'est avec peine qu'on a pu tirer une livre de sang en tout. Ce sang était noir et déliquescent. On a prescrit l'usage interne de la glace, sans avantage; le malade est mort le lendemain.

L'autopsie faite 30 heures après a offert les lésions suivantes. Visage de couleur sombre, bleu foncé, surtout au front. Les grosses veines des bras sont vides; on y trouve à peine quelques gouttes de sang par ci, par là; leurs parois cependant sont transparentes et blanches à l'intérieur. — *Abdomen*: estomac et intestins sains. On enlève ces viscères et l'on examine avec soin les veines abdominales qui sont toutes saines comme celles des bras; elles laissent voir à travers leurs parois un sang fluide et noirâtre dont elles sont gorgées; telles étaient les conditions des veines cave, porte, spléniques, rénales. Nulle part, dans ce système veineux, on n'a observé le moindre épaississement, la plus petite opacité. En pinçant la cave avec deux doigts, on peut déplacer aisément le sang. La rate est trois fois plus grosse que dans l'état normal, ainsi que cela est ordinaire chez les sujets atteints de fièvre intermittentes (le patient en avait essuyé plusieurs), sans être pourtant dure ni très gorgée de sang. Le foie est turgescent, mou, très riche de sang. La vésicule biliaire est gonflée, remplie de bile jaune verdâtre, ainsi que ses conduits cystique et choledoque. Les nerfs qui rampent autour de l'artère cœliaque sont très blancs. Les glandes voisines du pancréas sont d'un rouge violacé, mais pas toutes. Le tissu cellulaire environnant ne présente aucun vestige d'inflammation. — *Thorax*: la plèvre du côté droit offre dans un large étendue, à l'endroit où elle avait été reconnue enflammée avant le choléra, une injection serrée, ainsi que son tissu cellulaire sous-séreux; cette injection est principalement veineuse, elle présente de grosses et de petites veines, et cet espace injecté couvre la veine azygos du côté droit. Pas d'adhérences ni d'épanchement appréciable de lymphe plastique. Les poumons sont engorgés de sang fluide, obscur; leurs gros vaisseaux en sont extrêmement pleins. En relevant les poumons, on suit les veines azygos jusque dans le bas ventre; elles sont très pleines, distendues de sang noir, ainsi que d'autres veines, mais leurs parois sont molles, fines, transparentes, saines. On ouvre le péricarde : il contient une petite quantité de serum fluide et trouble. Le sinus droit et le sinus gauche du cœur sont éminemment saillants et offrent toutes les apparences d'une inflammation phlegmoneuse, surtout le droit qui paraît beaucoup plus enflammé que l'autre. Par ce mot sinus, nous entendons indiquer ici cette espèce de bourse qui résulte de l'union des veines caves et dont le prolongement forme l'oreillette droite du cœur. C'est précisément sur le point où les deux sinus se joignent ensemble que la phlogose paraît tellement prononcée que la partie est gonflée, distendue, ovale, couverte d'un réseau remar-

quable de petits vaissseaux bleuâtres. Cette apparence nous la rapportons à l'inflammation phlegmoneuse et non à l'érysipélateuse, car elle est profonde dans la substance même de l'organe et non à sa superficie; c'est là précisément le caractère propre de la phlébite. On ouvre le sinus droit : sa surface interne offre les mêmes conditions que l'externe, elle est gonflée, de couleur livide, non par imbibition, mais bien par une injection abondante de petits vaisseaux veineux, pleins de sang noir. On ouvre le sinus gauche : sa surface interne est prodigieusement injectée de petits vaisseaux serrés, mais elle est moins gonflée. Le point d'émanation de tous ces petits vaisseaux répond à de petits troncs veineux donnés par le confluent des grosses veines coronaires du cœur. Sur les points ci-dessus, les plus enflammés, on ne trouve pas cependant la moindre trace de lymphe plastique, pas d'adhérences ni de brides, ni d'opacité. La surface externe du cœur est couverte d'un réseau de petits vaisseaux turgescents, noirs, d'apparence cyanosée; au milieu de ce réseau on remarque des opacités d'ancienne date; les veines coronaires postérieures sont très gonflées, pleines de sang noir; on observe de petites ecchymoses autour de quelques-uns de ces points; les parois de ces veines sont molles et transparentes. — *Cerveau* : les veines superficielles supérieures qui s'abouchent dans le sinus longitudinal sont turgescentes, pleines de sang noir, mais leurs parois sont saines. La base est couverte d'un réseau considérable de veines distendues, pleines de sang noir, sans altération aucune pourtant de leurs parois. Les artères contiennent du sang noir comme les veines, et simulent les apparences des veines; ce sang cependant n'est pas fluide comme celui des veines. La pie-mère ne présente ni opacité, ni épanchement séreux. La pulpe cérébrale est un peu plus humide que d'ordinaire par de la sérosité infiltrée dans sa substance. Le cervelet présente, lui aussi, ses vaisseaux périphériques distendus par du sang noir, liquide; les capillaires cependant sont tous vides. La dure-mère qui double la base du crâne est injectée d'un très grand nombre de très petits vaisseaux, pleins de sang noir; les sinus sous-jacents sont pleins de sang obscur, ce qui leur donne l'apparence cyanosée. On n'a pas ouvert le canal vertébral, mais le sérum qui en a reflué en enlevant le cerveau, le sang noir qui remontait, et l'apparente turgescence des nombreux vaisseaux qui couvraient la moelle allongée, autorisaient à penser que les conditions de la moelle n'étaient pas différentes de celles du cerveau.

Il résulte de ces détails que la seule lésion appréciable, réelle, fondamentale dans ce fait existait dans les sinus du cœur, et cette lésion n'était autre, d'après les deux observateurs, qu'une phlogose intense, une phlébite centrale, laquelle a donné naissance à des congestions au cœur, au foie, au cerveau et dans toutes les veines principales. Les douleurs au dos et les crampes sont la conséquence de la même réaction congestive vers la moelle; et la somnolence (torpeur encéphalique) se rattache à la congestion veineuse cérébrale. La congestion générale elle-même est la suite de l'espèce d'impuissance que le cœur éprouve dans sa fonction aspirante sur le sang veineux, et foulante sur le sang artériel. De là l'anéantissement du pouls, le froid aux extrémités et à la langue, la figure cyanosée, etc. On a dû remarquer que les vomissements et la diarrhée ont manqué dans ce cas. Les deux auteurs ne les regardent pas comme essentiels à la maladie : ils se déclarent, disent-ils, toutes les fois que l'engorgement veineux du foie et la sécrétion excessive de bile, qui en est la conséquence, sont portés au point de permettre à la vésicule biliaire de se décharger, et à la bile de refluer dans l'estomac et de parcourir l'intestin. L'essence du choléra est donc, disent les deux auteurs, dans le coma du cœur, par le fait de la phlogose des ceps veineux centraux de la poitrine; et c'est là aussi, derrière le sternum, que les malades accusent de la douleur, de la chaleur, de la pesanteur, de l'oppression. Cette doctrine pourrait sembler sans doute aussi burlesque que tant d'autres qu'on a avancées sur cette formidable maladie, si elle n'était pas basée sur plusieurs autopsies aussi exactes que la précédente. Voici cependant d'autres faits exactement pareils, que les deux auteurs ont observés en 1843 dans le même hôpital. Il serait trop long de les reproduire ici. Notez bien qu'il s'agit du choléra sporadique, de celui-là même que l'on voit tous les ans partout, que l'on a dernièrement encore rencontré dans plusieurs hôpitaux de Paris, observé même sur un des professeurs de la Faculté de médecine, chirurgien d'un grand hôpital. On ne veut pas dire par là que le choléra asiatique soit exactement la même chose; nous devons ajouter néanmoins que les médecins les plus éminents de l'Italie avaient regardé cette affection comme une phlébite générale. Qu'on ne s'imagine pas qu'il s'agit ici de théories; on verra tout à l'heure les déductions lumineuses qui en découlent pour la thérapeutique. On sera sans doute étonné d'apprendre, par exemple, qu'une fièvre intermittente et un choléra ne soient qu'une seule et même maladie, à des degrés différents; mais que nous importent, à nous, les préventions dominantes, si telle est la réalité des choses? C'est ce que nous aurons à voir.

Tirons, en attendant, cette conséquence que comme maladie dynamique, occasionnant des lésions mécaniques, la phlébite centrale qui s'offre sous forme d'une cyanose fébrile, et qu'on est convenu d'appeler choléra, n'exige pas un traitement différent de celui de toute autre inflammation, de toute autre phlébite, ou même, si l'on veut, d'un phlegmon externe quelconque, d'un panaris en définitive, c'est-à-dire les antiphlogistiques généraux et locaux. Indépendamment des évacuations sanguines, on se trouve bien en Italie, dans ces cas, d'applications de glace à la région précordiale, et d'hyposthénisants cardiaco-vasculaires (sulfate de quinine, nitre, digitale, tartre stibié). La glace est d'autant plus convenable, dans ces occurrences, que pour agir elle n'a pas besoin d'être assimilée, puisqu'elle opère par la soustraction de calorique morbide, et elle peut être employée *intus* et *extra* à la fois. Cela n'empêche pas cependant les malades de mourir, dira-t-on peut-être! Sans doute souvent, quand le mal est très intense. Mais évidemment c'est là une autre question; car les maladies qui attaquent puissamment les centre de la vie sont souvent mortelles, quoi qu'on fasse. Ainsi donc nous sommes forcé de poser en fait une limite à la puissance de

l'art dans une foule d'affections du cœur, des poumons, du cerveau, etc. ; et le cas en question peut rentrer dans cette catégorie.

« Si le traitement employé chez le malade ci-dessus eût pu, disent MM. Biaggi et Gargnani, diminuer la phlogose des sinus cardiaques, on n'aurait pas pour cela évité toutes les conséquences de la maladie. Voici ce qui en serait résulté, ainsi que l'expérience nous l'a appris : les congestions et les ecchymoses qui existaient à la superficie du cœur auraient troublé les parties environnantes, à l'instar de corps étrangers, ainsi que cela a lieu à la suite de certaines contusions, et la diminution de la phlogose des sinus eût été suivie de fièvre, avec des symptômes dépendants de la phlogose des deux moitiés du cœur et de celle des sinus. Cette fièvre affecte alors les caractères de celles dans lesquelles les médecins ne voient pas de source inflammatoire, et qu'ils appellent typhoïde. Le caractère typhoïque est plus ou moins prononcé selon que la phlogose est plus ou moins intense dans le cœur droit que dans le gauche, dans les sinus que dans le cœur, et aussi selon que la congestion veineuse cérébrale persiste ou diminue. Ce malade étant mort dans la période algide, son fait n'éclaire en rien ces déductions qui résultent, pour nous, d'autres faits. — La fièvre typhoïde des cholériques se déclare précisément après le stade de froid : on l'a appelée période typhoïque du choléra. La déliquescence du sang, sa couleur noire et la diminution de densité qu'il acquiert dans cette maladie sont, pour nous, la conséquence immédiate du ralentissement des mouvements du cœur, de la diminution de la puissance modificatrice de cet organe sur le liquide vivificateur. Nous ne trouvons pas, au reste, de différence entre le fait ci-dessus et ceux que nous avons observés lors de la terrible épidemie cholérique qui a ravagé nos contrées. Dès cette époque, nous avions déjà été frappé, dans nos recherches nécropsiques, de l'inflammation profonde des sinus, laquelle se propageait secondairement au cœur, et de l'engorgement considérable du grand tronc de la veine coronaire et de ses diramations; et nous n'avions pas hésité à signaler par la presse la véritable condition pathologique de l'affection. Ce seul fait, d'ailleurs, nous rendait parfaitement compte de tous les phénomènes des cholériques, par le ralentissement excessif de la circulation qui s'ensuivait. »

Dans les autres cas de ce genre que les deux auteurs ont observés en 1843, on remarque d'abord chez tous une inflammation de poitrine, une bronchite ou une pleurésie légère; puis le visage devenait terne ou d'un jaune obscur, une oppression sous-sternale se déclarait, qui était suivie de symptômes cholériques ordinaires, avec ou sans vomissement. Chez tous aussi les saignées ont amené un amendement et une réaction suivie de fièvre typhoïde. Cette maladie était attaquée à l'aide de saignées, de tartre stibié, de sulfate de quinine, de pulpe de tamarinde, et la guérison s'en suivait quelquefois. Lorsque la réaction était forte, la fièvre prenait un caractère inflammatoire franc avec pleurésie, ils diagnostiquaient alors un passage du mal à la cardite gauche ou cardo-artérite; quelquefois une péritonite également franche se déclarait sous la même influence; le sang devenait couenneux; et si le malade succombait, ils rencontraient les quatre cavités du cœur enflammées, ainsi que les sinus veineux, mais à des degrés divers. Dans un cas où le malade avait présenté, dans la période typhoïque, le hoquet pendant trois jours, on a trouvé à l'autopsie des lésions analogues à celles de l'observation ci-dessus, et en outre la portion du nerf phrénique qui avoisine le côté gauche du péricarde était manifestement comprise dans le travail inflammatoire qui s'était propagé dans le tissu cellulaire adjacent; la substance de cette portion de nerf était injectée, vascularisée, rouge, ce qui explique le hoquet que le malade avait présenté. Le péricarde était lui-même enflammé dans ce cas par extension de la phlébite primitive, ce qui avait été parfaitement diagnostiqué. Les sinus cardiaques, les veines caves intrapéricardiennes, étaient non seulement finiment injectés, enflammés, mais encore adhérents au péricarde, et couverts de lymphe plastique. Des altérations analogues ont été rencontrées dans le cœur gauche. Arrêtons ici ces considérations déjà trop longues sur une maladie qu'on rencontre rarement, que tous les médecins ne considèrent pas comme une affection fébrile et sur laquelle chaque médecin professe sa théorie particulière, plus ou moins hypothétique à la vérité! Revenons à la phlébite centrale.

La fièvre intermittente, dite légitime, c'est-à-dire, qui s'engendre sous l'influence du séjour dans des localités basses, humides, marécageuses, et qui présente des périodes de froid, de chaleur, de sueurs bien caractérisées, avec des concomitances symptomatologiques diverses, plus ou moins graves ou pernicieuses, a été aussi depuis longtemps considérée, par l'Ecole italienne, comme un phénomène de phlogoses vasculaires ou cardiaco-vasculaires, et traitée comme telle. Les belles considérations cliniques auxquelles M. Giacomini s'est livré sur cette question ont jeté un jour si éclatant, qu'on a de la peine à croire que la nouvelle doctrine ne soit encore goûtée ni même connue en France. (V. Giacomini, Traité philos. et expér. de mat. méd., p. 351 et suiv.) Le sulfate de quinine n'est pour elle qu'un des éléments de la médication qui lui convient, et son action ne s'offre en première ligne qu'à titre d'hyposthénisant cardiaco-vasculaire. Cette manière d'envisager la maladie et le remède ouvre à la science et à l'art un vaste horizon de lumières et des moyens d'action plus nombreux que par le passé, puisque l'affection est rattachée à des lésions parfaitement étudiées, et libère l'art de ce cercle étroit et obscur de la prétendue action nerveuse et de la soi-disant action spécifique ou antipériodique. L'état de la rate ou du foie n'est dans cette maladie qu'une condition d'affection vasculaire, mais là n'est pas exclusivement la source du mal, et l'intermittence elle-même n'est qu'un phénomène apparent de calme, la maladie étant persistante et *continue* au fond; les différentes périodes de chaque accès n'offrent rien d'incompréhensible d'après les nouvelles idées. Expliquons-nous sur ces énoncés si choquants au prime-abord, eu égard aux doctrines généralement enseignées. Laissons parler MM. Biaggi et Biagnini dans le prochain numéro.

Clinique de M. Bouillaud.

Série de plusieurs cas remarquables de pleuro-pneumonie. Déductions pratiques importantes. — Le haut enseignement pratique qui résulte de l'étude approfondie des observations qu'on va lire, nous a fait un devoir de les rapporter dans tous leurs détails. Une pleuro-pneumonie, unilatérale ou bilatérale, bien qu'elle ne constitue, pour les praticiens exercés, qu'une affection vulgaire, pour ainsi dire, ne laisse pas cependant que d'être toujours une maladie formidable, qui jugule souvent l'existence en peu de jours, et qui mérite par cela même la plus profonde étude, sans cesse renouvelée en quelque sorte. Il s'agit d'une de ces affections dans lesquelles les forces organiques, abandonnées à elles-mêmes, succombent tôt ou tard, presque constamment, et dans lesquelles pourtant l'art triomphe souvent merveilleusement. On ne saurait trop méditer les détails de ce précieux tableau; ils ne seront jamais trop longs aux yeux des véritables praticiens. Là est toute la science, toute la thérapeutique; et l'on est bien aise de retrouver les grands faits cliniques dans les circonstances urgentes, quand on se trouve soi-même aux prises avec des cas analogues dans la pratique!

1er *Fait.* — **Pleuro-pneumonie double**, *affectant la partie postérieure et inférieure gauche, et la moitié supérieure droite, du* 1er *au* 2e *degré, celui-ci prédominant, avec symptômes typhoïdes. Casus gravissimus* — Au no 6 de la salle Saint-Jean-de-Dieu est couché un jeune homme nommé Ruel, âgé de 24 ans, boulanger, demeurant rue Saint-Denis, 9, né à Gronvilliers, entré le 2 mai 1845, malade depuis quatre jours. Constitution peu forte; tempérament lymphatique. Il a essuyé plusieurs fluxions de poitrine, dont la dernière (avant la maladie actuelle) date de 12 mois, et elle avait été caractérisée par un point de côté, de la sueur, gêne à la respiration, toux et expectoration sanguinolente. Les deux premières avaient affecté le côté droit, la dernière le côté gauche, et on l'avait traitée à l'aide de saignées, de deux applications de ventouses dans l'espace de six jours. Il est très sujet aux palpitations et aux étouffements, surtout quand il marche vite. — Il y a quatre jours qu'à la suite d'un refroidissement il fut pris d'un léger frisson, suivi de chaleur intense, avec toux fréquente, expectoration sanguinolente, gêne notable de la respiration et une douleur très intense dans la partie latérale gauche de la poitrine; une épistaxis hier, qui s'est répétée aujourd'hui; dévoiement depuis deux jours; céphalalgie avec tournoiements de tête, perte complète de l'appétit. Il s'est tenu à la diète depuis le début. Il est habituelement bien logé et bien nourri.

Etat actuel. — Visage abattu, exprimant la souffrance, jaunâtre. Gêne notable de la respiration qui est à 48 par minute; chaleur dermique très élevée, à 120-124° C. Pouls assez développé, non redoublé. Toux fréquente, petite, entrecoupée, expectoration séro-albumineuse, avec 4 ou 5 crachats visqueux, demi-transparents, très fortement rouillés. Le malade reste couché sur le côté opposé à la douleur. Percussion, auscultation: résonnance bonne en avant des deux côtés; respiration forte, pure, saccadée, sans mélange de ronchus. En arrière, à gauche, résonnance faible, à partir de l'épine de l'omoplate jusqu'en bas, et latéralement; bonne dans la fosse sous-épineuse; à droite, résonnance faible dans les fosses sus et sous-épineuses, bonne en bas. La respiration est forte dans la fosse sus-épineuse, mais dans le reste du poumon le murmure vésiculaire est extrêmement faible avec quelques bulles de crépitation profondes, fines, clairsemées, et un souffle bronchique très évident vers l'angle externe de l'omoplate; quand le malade s'efforce à respirer, un frottement pleural très distinct, humide, se passe dans les deux temps. Retentissement bronchophonique de la voix; point de crépitation notable en ce moment; on entend un peu de souffle, tenant peut-être à ce que le malade dilate mal son poumon. Respiration forte en bas. Les battements du cœur sont précipités; ses bruits sans souffle notable. Pas de souffle dans les carotides. Yeux abattus; lèvres sèches. Langue molle, humide. Bouche mauvaise. Quelques envies de vomir sans vomissement. Pas de mal au ventre, qui est au reste tendu, avec résonnance tympanique. Quatre selles diarrhéiques depuis ce matin. Haleine non fétide. Céphalalgie sus-orbitaire, tournoiement et étourdissements; bourdonnements dans les oreilles, tendance à l'assoupissement. — Prescription d'urgence: *saignée* de quatre palettes (500 grammes, 16 onces).

Le 3 mai, examen en présence des élèves. Caillot de la saignée de la veille au soir, médiocrement retracté, recouvert d'une couenne générale, d'épaisseur médiocre, peu résistante, et disposée en membrane séreuse; il est lui-même de consistance médiocre. Les crachats albumineux et visqueux se détachent en nappe comme du blanc d'œuf et offrent une teinte rouillée faible, ils sont demi-transparents. Le malade ne se trouve pas sensiblement soulagé ce matin; la saignée d'hier ne l'a soulagé que momentanément sous le rapport du mal de tête seulement. La respiration continue à être saccadée, interrompue. Douleur assez forte. Décubitus dorsal avec une légère flexion sur le côté gauche. Chaleur fébrile assez marquée avec moiteur. Pouls à 128, souple, assez bien développé, sans redoublement assez marqué. Turgescence des veines. Respiration à 52-56. Percussion, auscultation: résonnance bonne, en avant, des deux côtés; respiration forte, pure, saccadée, sans mélange de ronchus. En arrière, résonnance faible; à droite, dans la région des fosses sus et sous-épineuses, la respiration est également faible, sans crepitation, avec souffle bronchique et retentissement sensible de la voix. Résonnance plus faible, en arrière, à gauche, dans tout le côté, sauf la partie supérieure. Respiration rude et haute, avec retentissement de la voix. Plus bas, le murmure vésiculaire à peine sensible; ronchus graves par intervalles. Le frottement de la veille est moins marqué. Point de souffle distinct en ce moment, le malade ne peut dilater son poumon. Rien de notable pour le cœur, sauf la fréquence des mouvements. Le malade peut difficilement conserver la position assise. Prostration très grande. Visage abattu et anxieux. Lèvres et dents sèches. Langue molle et humide. Pas de fétidité notable de l'haleine. Trois selles diarrhéiques dans la matinée. Ventre non douloureux, développé dans la région sous-ombilicale, avec gargouillement diffus dans le flanc droit; rien ailleurs. Insomnie et agitation dans la nuit. — Diagnostic *ut supra.* — Prescription: *saignée* de trois palettes (360 grammes), à répéter le soir. Ventouses à la région postéro-thoracique, quatre palettes (500 grammes). Cataplasme. Boissons gommeuses. Diète.

Le 4, le caillot de la première saignée d'hier est rétracté, recouvert d'une couenne dense, épaisse, résistante. Caillot de la deuxième, recouvert de quelques plaques de couenne résistantes; cette saignée avait mal coulé. Les rondelles réunies des ventouses forment une seule masse, de consistance glutineuse; sérosité non rougie. Le malade se

sent un peu soulagé. Crachats visqueux, albumineux, rouillés. Chaleur fébrile modérée avec moiteur. Pouls tombé à 96, bien développé, souple, légèrement redoublé. Respiration moins saccadée, à 40. Résonnance et respiration en avant comme la veille. Persistance de la matité en arrière, à gauche, avec souffle distinct, ce matin, vers le bord externe de l'omoplate, avec rétentissement bronchophonique de la voix. Ce souffle se propage dans la région axillaire; point de crépitation; point de frottement pleural très distinct. A droite et en arrière, la résonnance est meilleure en haut. Le souffle bronchique a disparu; respiration faible avec crépitation notable en ce moment. Le malade n'a eu qu'une seule selle dans la soirée, ventre un peu sensible à la pression; quelques traces d'un léger gargouillement dans le flanc droit seulement. — Prescription : *saignée* de trois palettes; ventouses scarifiées à la région postérieure gauche, trois palettes. Diète.

Le 5 mai, caillot de la saignée de la veille médiocrement retracté, recouvert d'une couenne jaune, opaque, ayant 18 millimètres d'épaisseur sur ses bords. Les rondelles des ventouses sont réunies en une masse glutineuse. Crachats visqueux, plus rouillés que les précédents, excepté ceux qui ont été rendus depuis les ventouses et qui sont presque tout à fait blancs. Ce matin le malade est très oppressé, il pousse des gémissements. Cependant la douleur de côté a à peu près disparu. Pouls à 108, encore bien développé, sensiblement redoublé ce matin. Rien de nouveau pour la partie antérieure, si ce n'est du ronchus grave pendant l'inspiration. En arrière, persistance du souffle bronchique à gauche, dans la région de la fosse sous-épineuse. A la région inférieure, quelques bulles de crépitation. A droite, ronchus grave avec respiration faible et quelques bulles de crépitation sans souffle. — Mêmes phénomènes du côté du ventre; trois selles diarrhéiqnes. Prescription : *saignée* de trois palettes, à répéter le soir. Deux vésicatoires à la région thoracique gauche. Diète.

Le 6, cailiot retracté, recouvert d'une couenne épaisse, opaque, fibreuse, jaune, d'une teinte safranée. Le crachoir ne contient qu'un seul crachat sensiblement rouillé, les autres ont été rendus dans un drap. Le malade se trouve mieux; il est plus calme, respiration plus faible, point de gémissements. Chaleur douce à la peau. Pouls à 92-96, flasque, mais assez développé, sans redoublement. Respiration à 28-32. Le malade ne ressent que de la fatigue et du malaise. Le souffle de la région de l'omoplate gauche a presque entièrement disparu, si ce n'est dans les très fortes inspirations. Un peu de crépitation. — A droite, la respiration est presque entièrement revenue. Retraction très prononcée du ventre; cinq à six selles peu copieuses, diarrhéiques. Encore un peu de gargouillement. Le décubitus a lieu du côté sain, c'est-à-dire du côté droit.— Prescription : boissons gommeuses, diète.

Le 7, crachats muqueux, d'une teinte jaune verdâtre; l'oppression est encore considérable. Pâleur générale. Pouls à 104-108, chaleur assez médiocre. Respiration à 36. Pas de selles; ventre souple et sensible. Un peu de sommeil la nuit dernière. Point de douleur de côté. On ne procède pas à l'examen local de la poitrine pour ne pas refroidir le malade. — Prescription *ut supra*. — Le 8, le malade dit se retrouver un peu mieux. Crachats épais, muqueux, verdâtres. Moiteur générale avec chaleur modérée; pouls à 92, assez développé, toujours distinctement redoublé. Respiration tombée à 28; la langue bonne, soif toujours assez vive. Prescription *ut supra*. — Le 9, le malade pousse encore quelques gémissements, il s'agite un peu, il est couché sur e côté droit; il s'est découver la nuit dernière plusieurs fois. Il se plaint d'une douleur de côté à la poitrine; oppression très marquée. Pouls à 100, régulier, faible. Langue nette, humide, pas de selles. On n'examine pas la poitrine pour ne pas le découvrir. — Prescription : *ut supra*. Un bouillon coupé en quatre fois. — Les 10, 11, 12 (nous supprimons les détails par brièveté), le malade s'affaisse. Potion stibiée de 40 centig. (8 grains), le 12. Le 13, à midi, mort (onze jours après l'entrée).

Autopsie, le 15 à 8 heures. Rien de notable pour l'extérieur, à part la maigreur qui est peu considérable. — *Cavité thoracique*. Léger épanchement trouble dans la plèvre gauche, avec de fausses membranes molles, adhérentes sur les parois latérales de la plèvre costale et viscérale. Point d'épanchement dans la plèvre droite. Le lobe supérieur du poumon gauche est sain. Le lobe inférieur, dans sa totalité, mais surtout dans sa partie latérale et postérieure, présente les caractères de l'hépatisation rouge; les tranches qu'on en coupe ressemblent tellement à celles de la rate du même individu, qu'il est difficile de distinguer ces deux organes l'un de l'autre. Le tissu du poumon est ramolli. — Les lobes supérieur et moyen du poumon droit présentent les caractères de la pneumonie aux 2e et 3e degrés. La moitié supérieure du lobe supérieur est d'un aspect grisâtre, ramolli, s'écrase facilement, et donne un liquide semblable à du pus mal élaboré. Le reste du poumon malade présente des noyaux grisâtres, dans un tissu envahi d'hépatisation grise. Le lobe inférieur est sain. — *Cœur*. L'oreillette, ainsi que le ventricule droits, contiennent deux énormes caillots, fibrineux, tout à fait blancs, difficiles à rompre et comme fibreux. — L'oreillette gauche en contient un petit, du volume d'une petite noix. Dans le ventricule gauche, on en rencontre un noir, entortillé autour des tendons de la valvule mitrale, se prolongeant jusqu'à 6 centim. dans l'aorte sous-ternale. Le cœur débarrassé de ces caillots présente la couleur normale. Rien de notable pour les cavités droites. La lame antérieure de la valvule mitrale présente un petit renflement, avec rougeur bien marquée qui contraste avec la couleur de la lame opposée. Deux des valvules aortiques sont d'un rouge vif, et la troisième présente une coloration. normale; elle est transparente. — La moitié de la circonférence interne de l'aorte sous-ternale, celle qui suit après les valvules que nous venons d'indiquer comme étant rouge, présente dans une étendue de 6 centim. (deux pouces) une coloration rouge vif, assez bien tranché; cette coloration contraste avec la pâleur de l'autre moitié de la circonférence du vaisseau. La coloration rouge dont il s'agit existe précisément dans la partie antérieure du tube artériel. — *Abdomen*. Point d'épanchement dans la cavité péritonéale. Estomac sain. La portion supérieure de l'intestin grêle est saine. Les plaques de Payer sont apparentes, mais saines dans une étendue de trois pieds environ. On remarque dans toute cette portion de l'intestin un grand nombre de follicules isolés, très apparents, durs, et ressemblants à de petits tubercules. Point d'ulcérations. Ganglions mésentériques non engorgés. Rien de notable pour le foie. Rate volumineuse, congestionnée, légèrement ramollie. Rien de notable pour les reins. — *Cavité crânienne*. Rien de notable. (Rédaction officielle de M. Typaldos, sous la dictée de M. Bouillaud, au lit du malade.)

— A dessein, nous avons placé en tête de cette série cette observation à terminaison fâcheuse, et parce qu'elle se prête mieux que toute autre à une discussion thérapeutique utile, et parce qu'elle témoigne de l'égal empressement que nous mettons à faire connaître les bons comme les mauvais succès des traite-

ments suivis. Nous rapporterons tout à l'heure un fait analogue au précédent, quant à la gravité, et qui pourtant s'est terminé heureusement à la même clinique. — Ainsi, voilà un jeune homme d'assez mauvaise constitution, atteint depuis quatre jours de pleuropneumonie double, au 1er et au 2e degré, et en même temps de symptômes typhoïdes. Le cas est jugé des plus graves; on lui tire 22 palettes de sang dans les trois jours de son entrée, c'est-à-dire 12 du bras et 10 des capillaires, total 2,640 gm. (88 onces); et malgré cela, le mal a poursuivi sa marche désastreuse. Sept jours encore se sont passés depuis les dernières saignées, et dans ce laps de temps, on est resté spectateur inactif des ravages incessants de la maladie, par la raison que la constitution de ce malheureux ne se prêtait plus à des évacuations sanguines. Et pourtant qui pourrait douter à la vue de ce poumon, ici infiltré de pus, là splénisé par des masses énormes de sang et de lymphe plastique, à côté induré, hépatisé, etc.; qui pourrait douter, disons-nous, que la saignée fût encore le remède souverain si l'organisme eût offert plus d'étoffe pour permettre de persévérer dans ce système? Tout ce que la logique permet de dire, c'est que la formule est restée dans ce cas au dessous du mal. Son action s'est épuisée dans les trois premiers jours; dès ce moment le mal a marché à loisir, l'art se trouvant à bout de ses ressources. C'est précisément là le point que nous voulions pour le moment mettre en relief dans la formule de M. Bouillaud, c'est-à-dire que toute sa puissance est déployée dans l'espace de deux à trois jours; après ce terme on n'a plus que la simple expectation, et si le mal n'est pas dérouté dans les trois jours, c'en est fait du malade. Cette lacune est immense, M. Bouillaud la reconnaît lui-même. Heureusement cependant qu'elle ne se présente que comme une rare exception entre les mains de cet habile clinicien. Néanmoins n'est-il pas évident que ces exceptions pourraient se multiplier effrayamment entre des mains moins expérimentées? Il devient donc indispensable d'ajouter à la formule des coadjuvants; ceci est évident, du moins pour les cas exceptionnels. « Trouvez-les ces coadjuvants, dit M. Bouillaud; démontrez-en la réalité, et je m'empresserai de les reconnaître! » Nous allons répondre par un fait analogue au précédent que nous extrayons, en l'abrégeant, du compte-rendu de la clinique de M. Giacomini, publié par le docteur Mugna (Padoue, 1836).

Il s'agit d'un jeune homme, nommé Sante Zandeghi, âgé de 35 ans, de constitution grêle, malade depuis huit jours. Il est dans un état alarmant (nous supprimons les symptômes pour nous arrêter au traitement. — 1er jour, saignée de 15 onces; 45 gm. (une once et demi) de sulfate de magnésie; limonade pour boisson; diète. — 2e jour, deux saignées, une de 16 onces, une autre de 12; tartre stibié, 12 grains dans une livre de décoction d'orge, à consommer par petites prises dans la journée (pas de vomissement ni de selles). — 3e jour, saignée de 14 onces, tartre stibié *ut supra*; le soir, eau cohobée de laurier cerise, 8 gm. (deux gros) dans 160 gm. (16 onces) d'eau commune, à consommer par petites prises dans la nuit. — 4e jour, tartre stibié *ut supra*, frictions d'une pommade stibiée à la poitrine; eau de laurier cerise pour le soir. — 6e jour, le tartre stibié ayant provoqué hier des vomissements, on le remplace par 12 grains de kermès en pilules. Friction de pommade stibiée; eau de laurier cerise. — 7e jour, mieux prononcé jusqu'au 11e jour. — 12e jour, exacerbation; saignée de 12 onces. kermès, frictions *ut supra*. — 13 jour, saignée d'une livre. — 14e jour, mieux apparent; mais l'oppression persiste, sentiment d'un poids aux poumons, bombement de la poitrine à droite, tumeur fluctuante entre les 5e et 6e côtes, qui a toutes les apparences d'un abcès du poumon. On persiste dans l'usage du kermès et de l'eau de laurier cerise, la maigreur du malade est excessive. — Le 22e jour, symptômes de suffocation, persistance de la fièvre; saignées de 12 onces. — Le 23e jour, accès violents de toux, le patient expectore par la bouche une quantité énorme de pus, évaluée à plusieurs livres; mieux prononcé. On remplace le kermès et l'eau cyanosée par une décoction de lichen et de racine de salep qu'on continue jusqu'au 36e jour. La tumeur a disparu, mais le crachement de pus continue. — Le 37e jour, nouvelle exacerbation fébrile avec dyspnée; saignée de 12 onces. Mieux progressif. Convalescence vers le 53e jour. Sorti le 62e jour. Quinze jours après, le point de l'ancienne tumeur thoracique s'est gonflé de nouveau, s'est ouvert et a laissé écouler du pus. Un mois plus tard, l'ouverture était fermée, le patient avait repris ses travaux des champs. L'automne suivant, il s'est représenté bien portant à la clinique.

— Ce fait dont nous n'avons reproduit que la substance laisse sans doute à désirer dans les détails symptomatologiques. C'est là un reproche que les médecins français adressent avec raison aux italiens; nous l'avouons nous-même, et nous espérons que nos confrères de la péninsule sauront apprécier les observations modèles que notre journal leur offre sous ce rapport. Le point cependant que nous voulions mettre en relief, la combinaison des remèdes dynamiques avec les saignées, s'y trouve assez bien representé pour qu'on se forme une idée générale de la méthode italienne. Le sulfate de magnésie, le tartre stibié, le kermès, l'eau cohobée de laurier-cerise et la pommade stibiée à doses élevées ne sont ici employés que comme remèdes hyposthénisants, coadjuvants de la saignée; ils le sont pendant longtemps, d'une manière incessante; et quelle que soit l'idée qu'on se forme de la méthode curative, toujours est-il que le mal était des plus graves, puisque le phlegmon du poumon s'est terminé par suppuration, malgré les saignée si abondantes. Les saignées n'ont été employées que d'après l'ancienne méthode (cette observation date déjà de dix ans); nous devons reconnaître hautement que cette manière d'employer les saignées ne vaut pas celle de M. Bouillaud; la différence des résultats est immense. Or, si l'on ajoute à la formule des saignées rapprochées, les hyposthénisants dynamiques dont on vient de voir un échantillon, il est, pour nous, certain que la thérapeutique des maladies inflammatoires aiguës sera arrivée au *nec plus ultra*.

Quelques explications deviennent maintenant nécessaires pour faire saisir l'importance de la méthode mixte que nous recommandons comme beaucoup plus

puissante que celle des saignées seules, quoique rapprochées. L'on a dû remarquer d'abord que la quantité totale du tartre stibié, du kermès et de l'eau de laurier que ce malade a pris a été énorme, et cette quantité, qui aurait assurément empoisonné mortellement un homme bien portant, a été parfaitement tolérée par le patient. L'action de ces substances est hyposthénisante vasculaire franche, exactement comme celle de l'arsenic, au degré de puissance près. Cette vérité est devenue des plus vulgaires dans les cliniques d'Italie : si nombreux, si incontestables, sont les faits qu'on possède à cet égard. Il en est autrement en France où ces médicaments ont été comme d'autres sous le domaine d'une prévention fâcheuse. On se plait à répéter que le tartre stibié détermine une éruption intestinale, des boutons et des ulcérations. *C'est une erreur complète* ! On a pris les effets d'une maladie concomitante pour un résultat de la médication, et l'on a cru que des expériences, dirigées comme celles qu'on faisait autrefois sur les animaux, pouvaient détruire les faits les plus incontestables acquis à la thérapeutique. On en avait dit autant de l'arsenic ; nous avons prouvé le contraire par des expériences autrement exécutées. Rien n'est plus facile que d'éliminer l'action locale du médicament et de lui conserver la seule action dynamique, en le délayant convenablement, ainsi que nous le faisons toujours ; le problème devient alors très simple et très clair. La pommade stibiée elle-même doit être préparée d'après ce principe, en dissolvant d'abord le sel et en incorporant ensuite le liquide aqueux dans de la graisse. Il en résulte une pommade à peine, ou presque pas éruptive, qui s'absorbe aisément. L'éruption est un phénomène mécanique, dépendant de l'insinuation des particules salines de la pommade dans les pores de l'épiderme où on la frotte ; une pommade composée de poudre de verre et d'axonge produit pareillement des boutons ; mais lorsque le sel stibié est dissous, délayé, il perd une pareille propriété, et *jamais* vous n'observerez d'éruption dans l'intestin des animaux durant la vie. Il faudrait donner des doses mortelles pour déterminer des effets locaux, encore ces effets n'ont-ils lieu qu'après la mort, ainsi que nous croyons l'avoir prouvé à l'occasion de l'arsenic. — Il nous resterait beaucoup à dire sur l'eau de laurier-cerise, sur la limonade, sur le sulfate de magnésie qu'on envisage autrement en Italie qu'en France ; nous reprendrons l'examen de ces différents sujets à la première occasion.

2e *Fait.* **Pleuro-pneumonie de la moitié supérieure postérieure droite**, *au 2e dégré, avec quelques symptômes typhoïques. Le 5e jour, pleuro-pneumonie à la région sous claviculaire droite, du 1er au 2e degré. Casus gravis. Guérison.* — Au n° 4 de la salle St-Jean-de-Dieu, est couché le nommé Liala, jeune homme, âgé de 19 ans, porteur d'eau, demeurant rue Buffaut 16, né à Clichy, malade depuis trois jours, entré le 1er mai 1845 ; constitution moyenne ; tempérament lymphatique. Il n'a jamais fait de maladie grave ; mais il est très sujet aux rhumes et aux palpitations. Il est passablement logé et nourri. — Il y a trois jours qu'il fut pris de céphalalgie avec étourdissements et tournoiements, perte de l'appetit, épistaxis peu abondante le premier jour. Pas de dévoiement. A ces phénomènes s'ajoutèrent, depuis hier, une douleur assez vive dans l'hypochondre droit, gêne de la respiration, toux fréquente avec expectoration jaunâtre et avec quelques stries de sang. Plusieurs vomissements bilieux depuis hier. Quatre selles en dévoiement ce matin. Perte d'appetit. Rêvasseries. Le malade s'est alité depuis le début de son affection. Pas de traitement si ce n'est des tisanes. Il dit être exposé tous les jours à avoir chaud et froid. Il est venu en voiture à l'hôpital.

État actuel. — Visage très abattu, animé aux pomettes, avec teint jaune terne de l'oval inférieur. Gêne notable de la respiration qui est à 36 par minute. Chaleur très élevée de la peau. Pouls à 108-112, assez bien développé, un peu flasque, non redoublé. Le crachoir contient deux crachats dont un parfaitement rouillé et visqueux. Toux peu fréquente. Résonnance bonne en avant des deux cotés, ainsi que la respiration, laquelle est forte à droite. En arrière, résonnance et respiration bonnes à gauche. A droite, matité depuis le sommet jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate ; bonne dans le reste du poumon. Dans toute la région de la matité, la respiration est nulle, remplacée par un souffle bronchique double vers l'angle interne de l'omoplate, avec bronchophonie. On entend aussi dans cette région une crépitation fine et sèche, se passant à la fin de l'inspiration. Dans la partie inférieure de ce poumon la respiration est puérile. Le malade se plaint de douleur qu l'empêche de tousser. Lèvres sèches, langue molle, saburrale ; quelques envies de vomir, sans vomissement. Un peu de sang desséché sur les narines. Ventre souple, avec gargouillement profond dans le flanc droit. Deux selles diarrhéiques depuis l'entrée. Cephalalgie sus-orbitaire. Etourdissements. Le malade ne peut garder la position assise. Haleine non fétide. La matité du cœur est dans ses limites normales. Tintement auro-métallique. Rien de notable pour les bruits. Pas de souffle dans les carotides.—Prescription d'urgence : saignée de quatre palettes (500 grammes ou 16 onces).

Le 2. Examen en présence des élèves. Caillot de la saigné d'hier soir, modérément retracté, recouvert d'une couenne épaisse, résistante, inégale dans ses différentes parties. Consistance du même caillot, médiocre. Crachats albumineux offrant une très légère teinte rouillée, peu abondants. Le malade se trouve à peu près dans le même état. Il se plaint toujours d'étourdissements et de sa douleur de côté. Chaleur fébrile assez forte, sans sueurs. Pouls à 108-112, très développé, un peu flasque, sans redoublement notable. Respiration à 32, saccadée, bruyante. Résonnance bonne en avant des deux côtés. Respiration bonne ; elle est un peu rude à la partie inférieure gauche. En arrière, résonnance bonne à gauche, ainsi que la respiration. A droite, matité dans les régions sus et sous-épineuses, un souffle bronchique au niveau des bords interne et externe de l'omoplate, surtout pendant l'inspiration, avec retentissement bronchophonique de la voix, très prononcé. Pas de crépitation notable. A partir de l'angle inférieur de l'omoplate, la résonnance est à peu près normale, ainsi que la respiration qui est un peu rude, sans crépitation. Le malade supporte difficilement la position assise, la tête lui tourne et son corps tremble. Insomnie et rêvasseries pendant la nuit. Langue molle, humide, saburrale. Une selle dans la soirée de hier. Gargouillement très distinct dans le flanc droit, avec léger développement de la région sous ombilicale. Pas d'épistaxis. Rien de notable pour le cœur. — Diagnostic *ut supra.*—Prescription : *saignée* de trois palettes, à répéter le

soir. Ventouses scarifiées à la partie postérieure thoracique droite, trois pallettes. Boisson gommeuse, julep le soir, cataplasme, diète.

Le 3. Caillot de la première saignée d'hier, retracté, plus que celui de la veille. Couenne dense, épaisse, résistante. Caillot de la 2e saignée passablement rétracté, avec couenne épaisse. Consistance de ce même caillot, bonne. Cette saignée à coulé moins bien que la précédente. Sérosité des ventouses non rougie; les rondelles sont réunies en une masse glutineuse. Le malade dit se sentir un peu soulagé; pas beaucoup cependant. Crachats gélatiniformes, sans trace de coloration rouillée. Pouls à 108 passablement développé, toujours un peu flasque, sans redoublement notable. Chaleur de la peau, élevée avec sécheresse. Respiration à 28. Résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière à gauche. Persistance de la matité dans la région scapulaire droite avec persistance du souffle bronchique; pas de crépitation, si ce n'est dans les fortes inspirations. Retentissement bronchophonique de la voix. Rien de notable à la partie inférieure du poumon. Le malade se plaint de faiblesse et de tournoiement de tête; à peine s'il peut se tenir assis. Langue molle, humide, saburrale au milieu. Haleine sans fétidité notable; une selle diarrhéique cette nuit; gargouillement dans le flanc droit avec développement du ventre. Pas de taches typhoïdes sur le corps. — Prescription : *saignée* de trois palettes. Ventouses à la région de l'omoplate droite, trois palettes. Cataplasme. Boisson gommeuse. Julep le soir. Diète.

Le 4. Caillot de la saignée d'hier, fortement retracté; couenne très organisée, dense, résistante, avec teinte jaunâtre. Sérosité des ventouses non rougie. Rondelles réunies en un caillot glutineux. Le malade dit se trouver mieux, il a bien dormi cette nuit pour la première fois. Crachats visqueux, blancs. Expression du visage, bonne. Chaleur modérée. Moiteur. Pouls à 96, souple, non redoublé. Le souffle à notablement diminué et il a disparu dans quelques points. Quelques bulles de crépitation sèche à la suite des fortes inspirations. En arrière et à gauche, résonnance et respiration bonnes. Ventre un peu moins développé; moins de gargouillement dans le flanc droit. — Prescription : *saignée* de trois palettes. Vésicatoire sur l'omoplate. Boisson *ut supra*. Diète.

Le 5. La saignée prescrite la veille a été oubliée. Crachats blancs. Le malade est moins bien qu'hier; la nuit cependant a été assez calme. Pouls, à 116-120 ce matin. Le souffle a disparu entièrement dans la région de l'omoplate; mais le malade accuse une douleur dans le même côté en avant. Résonnance très faible en avant ce matin, avec tintement métallique un peu au dessus du sein. La respiration est nulle. Souffle bronchique surtout à l'expiration, avec un rétentissement de la voix. Les bruits du cœur sont obscurs, mats et remplacés presque par un bruit de choc. Le ventre souple, très peu développé. — Prescription : *saignée* de trois palettes. Vésicatoire à la partie intérieure de la poitrine; boisson *ut supra*. Diète.

Le 6. Caillot fortement rétracté, recouvert d'une couenne dense, épaisse, retroussée sur ses bords. Le malade se trouve assez bien ce matin. Crachats blancs, un peu plus épais qu'hier Le malade s'est découvert dans la nuit. Pouls à 96-100, nettement redoublé. La région sous-claviculaire droite résonne évidemment mieux que hier. Le tintemment métallique a disparu, ainsi que le souffle bronchique. Bruits du cœur sensiblement dégagés. Respir. à 24. Légère tension gazeuse du ventre, avec un peu de gargouillement dans le flanc droit. — Prescription : boisson gommeuse; julep. Diète. — *Le* 7. Le malade se trouve bien ce matin. Chaleur, modérée avec moiteur. Pouls à 88, bien développé, sans redoublement notable. La respiration reparaît (Suivent d'autres détails d'un mieux progressif pendant les 8 et 9 mai) (On continue la diète jusqu'au 9; alors on accorde un bouillon. Marche de la convalescence. Le 13, il est déclaré guéri (Rédaction officielle de M. Typaldos.)

— Il y a assurément une grande différence entre cette observation et la précédente, puisqu'ici un seul poumon a été attaqué, bien qu'il l'ait été en arrière et en avant successivement; tandis que, dans l'autre, le mal était bilatéral, par conséquent réputé mortel de sa nature. Il faut noter néanmoins que, dans le second fait, la phlogose avait atteint le sommet, ce qui est, comme on sait, une condition de gravité plus grande, à conditions égales, rélativement à la pneumonie de la base. Deux choses surtout frappent l'observateur dans les détails de cette cure remarquable : la précision du diagnostic accompagnant le mal dans toutes ses allures, et l'heureux résultat des saignées suffisantes coup sur coup. Dans les premières vingt-quatre heures, 13 palettes de sang ont été tirées; six autres, le jour d'après; trois autres enfin, le cinquième jour, une saignée ayant été oubliée la veille: total, 22 palettes en quatre jours (2640 gm. ou 88 onces) et tout a été fini. Le reste, à partir du cinquième jour, s'étant passé en simple expectation avec surveillance. Le mot *juguler*, appliqué à ce mode de traitement, est parfaitement choisi, le mal étant en effet étouffé par les coups répétés sans relâche de la médication. Les personnes qui ne lisent pas attentivement les détails des faits ou qui se contentent pour la connaissance des choses, de quelques *on dits* superficiels, ont de la peine à voir, dans ce mode d'application des saignées, autre chose de ce qu'on faisait autrefois, depuis Botal qui a été un très grand saigneur, et de ce qu'on fait communément. Nous le croyions nous-même avant de voir comparativement les choses de nos propres yeux. Nous affirmons cependant que l'application est ici très différente. Il y a là dans les saignées rapprochées, établies en règles générale, un précepte réellement nouveau, une règle, une formule nouvelle; nous aimons à le répéter, parce que son importance est capitale, et les praticiens doivent la bien connaître et l'adopter, car ses résultats sont des plus précieux pour la pratique. Cela n'empêche pas, bien entendu, de lui associer les remèdes dynamiques, par la raison que son emploi ne dure que trois à quatre jours. Si elle ne guérit pas par son assaut redoublé, il faut ou laisser mourir le malade ou prescrire les remèdes dont nous venons de parler. C'est là toute la question que nous devons soumettre à la méditation des praticiens et du clinicien lui-même qui en est l'auteur. La thérapeutique dont il s'agit peut être intitulé : *la médication des trois jours!* Elle est heureuse, nous nous plaisons à le répéter; mais doit-on s'arrêter à cela seulement? Nous ne le pensons pas. Il est d'ailleurs impossible aux nombreux praticiens des campagnes de se conformer à la méthode de M. Bouillaud.

3e *fait.*— **Pleuro-pneumonie**, *du* 1er *au* 2e *degré, de la moitié postéro-inférieure gauche, avec état typhoïque. Casus gravis. Guérison.* — Au n° 5 de la salle Saint-Jean-de-Dieu est couché le nommé Bourclet, âgé de 37 ans, malade depuis cinq jours, entré le 2 avril 1845. Constitution faible, tempérament lymphatique. Il a eu, il y a sept ans, une affection vénérienne qui a été plus tard suivie de symptômes secondaires et tertiaires. On le traita à l'aide des mercuriaux. Durant cette affection, il en a eu une autre caractérisée par des maux de tête et un assoupissement continuel, du délire et de la fièvre. Pour cette maladie, on le traita à l'aide d'applications de sangsues derrière les oreilles; il dit s'être bien rétabli au bout de huit mois. Il n'est pas sujet aux rhumes, et il est bien logé et bien nourri. Il y a cinq jours qu'il fut pris, dans la nuit, d'un frisson peu intense, suivi de fièvre et d'une douleur assez vive dans le côté gauche de la poitrine. Toux peu fréquente, expectoration jaunâtre. Les jours suivants, à ces phénomènes s'ajoutèrent de la céphalalgie intense, avec étourdissement et tournoiement, perte complète d'appétit, insomnie et rêvasseries, dévoiement, pas d'épistaxis, pas de vomissements, avec quelques envies de vomir seulement. Alité depuis le début. Traitement suivi, nul. Il a mangé quelques soupes les premiers jours. Il dit s'être souvent exposé au froid. Il est venu en voiture à l'hôpital.

État actuel. — Visage pâle, terne, avec abattement très marqué; gêne de la respiration, qui est à 28 en ce moment; chaleur de la peau assez élevée; pouls à 120, assez bien développé, non redoublé; pas d'expectoration; résonnance bonne, en avant, des deux côtés; la respiration y est bonne, un peu puérile à gauche. En arrière, résonnance bonne dans toute l'étendue du poumon droit. La respiration y est bonne, un peu forte. A gauche, résonnance bonne depuis le sommet jusqu'à la moitié inférieure de la fosse sous-épineuse, avec respiration puérile. Depuis la moitié inférieure de la fosse sous-épineuse jusqu'en bas et latéralement, la résonnance est faible, même mate. Murmure vésiculaire nul, avec souffle bronchique double, plus fort cependant pendant l'expiration vers l'angle inférieur de l'omoplate, et retententissement orthophonique de la voix; on distingue, en tirant vers la région axillaire, quelques bulles de crépitation profondes, se mêlant avec d'autres superficielles, ces dernières appartenant évidemment à un frottement pleural. La matité du cœur est dans ses limites normales; rien de notable pour les bruits. Bouche pâteuse, amère; langue humide, saburrale. Soif vive, pas d'envies de vomir. Ventre assez développé dans la région sous-ombilicale, souple et sans gargouillement dans le flanc droit. Une seule selle diarrhéique; pas d'épistaxis; céphalalgie sus-orbitaire, avec quelques tournoiements et étourdissements. Prescription d'urgence : saignée de trois palettes.

Le 3, examen en présence des élèves. Caillot de la saignée d'hier sans rétraction; couenne dense, supportant le poids du caillot. Abattement considérable, assoupissement, crachats peu abondants, en partie salivaires, en partie visqueux, sans traces de sang. Peau chaude; pouls à 108, très développé, non redoublé; moins de gêne à la respiration; pas de sommeil; résonnance bonne en avant des deux côtés; respiration comme la veille; matité complète dans la moitié inférieure postérieure et latérale du poumon gauche, avec souffle bronchique vers l'angle inférieur de l'omoplate et bronchophonie évidente. Plus en dehors, crépitation fine et sèche superficielle. Rien de notable au cœur; bouche mauvaise; langue rouge à la pointe, saburrale ailleurs; ventre développé, avec gargouillement très distinct dans le flanc droit; pas de selles, pas d'épistaxis. Persistance des tournoiements et étourdissements. — Diagnostic *ut supra.* — Prescription : saignée de trois palettes, ventouses à la partie postéro-inférieure gauche du thorax, trois palettes; cataplasmes *ibidem.* Pour boisson, solution de sirop de gomme, julep, diète.

Le 4, caillot passablement rétracté, recouvert d'une couenne épaisse, fibreuse, jaune, très résistante. Rondelles des ventouses réunies en un seul caillot glutineux; sérosité non rougie; crachats visqueux, demi-transparents, en petite quantité. Le malade se trouve mieux sous tous les rapports, surtout concernant la respiration. Pouls à 112, passablement développé, non redoublé. Moiteur générale; respiration et résonnance bonnes en avant; respiration bonne à droite, en arrière. La résonnance est évidemment meilleure dans la moitié inférieure postérieure gauche. Respiration très faible, avec crépitation fine, sèche, abondante. Vers l'angle inférieur de l'omoplate, souffle bronchique, moins fort qu'hier, ne s'entendant que dans les fortes inspirations. Léger retentissement de la voix; deux selles liquides; le ventre est développé, et le gargouillement persiste; point de mal à la tête. — Prescription : saignée de trois palettes et demie; vésicatoire à la partie postérieure gauche du thorax, de 16 centimètres de diamètres (5 pouces); boisson gommeuse, julep de thridace; diète.

Le 5, caillot non rétracté, couenne modérément épaisse; consistance du caillot médiocre; pas de gêne de la respiration; pouls à 100, modérément développé. Le malade dit se sentir mieux. Disparition du souffle en arrière à gauche, ainsi que du râle crépitant humide. Ventre développé, avec turgescence des veines sous-ombilicales. Gargouillement dans le flanc droit. Une seule selle. — Prescription : séchez le vésicatoire, julep, diète. — *Le* 6, le malade a rendu quelques crachats muqueux, légèrement jaunes; sommeil bon; résonnance bonne en arrière, à gauche, avec respiration faible, terminée par quelques bulles de râle crépitant humide; langue blanche; ventre encore développé, tendu, avec gargouillement dans le flanc droit; pouls encore à 100. — Presc. *ut supra;* diète. — *Le* 8, crachats muqueux, blancs. Le malade demande à manger. Respiration encore faible en arrière, à gauche, avec quelques bulles de râle humide. Pouls à 96, mou; chaleur à la peau médiocre. — Prescription *idem;* diète. — Commencement de la convalescence. (Suivent les détails des jours suivants.) Guéri. (Réd de M. Typaldos.)

— Le nombre des saignées, dans ce cas, n'a été que de quatre en 48 heures; total du sang retiré 12 palettes (1,500 gm. ou 50 onces), et la convalescence était déjà assurée le sixième jour. Ce résultat, il faut le reconnaître, est des plus satisfaisants. Sans doute que le cas n'était pas des plus grave; mais aussi n'a-t-on agi qu'en conséquence. Il est évident, pour nous, que, malgré sa simplicité, le mal aurait duré beaucoup plus longtemps, et peut-être même aurait pu avoir une autre issue, si les saignées eussent été moins rapprochées, moins bien proportionnées. Rien n'est plus ordinaire dans la pratique commune que de voir des affections de ce genre durer trois semaines, un mois, exiger un très grand nombre de saignées, entraîner une longue convalescence, et laisser même quelquefois des restes plus ou moins fâcheux, faute de cette attaque primitive énergique et mesurée à la fois jusqu'à la déclinaison du mal, ce qui a lieu constamment, ainsi qu'on vient de le voir, quand on s'y prend à

temps et convenablement. Ces faits parlent assez haut d'eux-mêmes pour se passer de nos commentaires. En voici un autre exemple tout aussi concluant et important que les précédents.

4e *fait.* — **Pleuro-pneumonie du sommet du côté droit**, *au deuxième degré. Cas moyen.* — Au n° 3 de la salle Saint-Jean-de-Dieu est couché le nommé Virdeux, charretier, âgé de 46 ans, demeurant fossés Saint-Marcel, né à Paris, malade depuis sept jours, entré le 7 avril 1845. Constitution peu forte; tempérament lymphatique. Il a essuyé précédemment trois fluxions de poitrine dans lesquelles il a craché du sang. Il a été saigné à plusieurs reprises durant ces maladies, mais il ne peut préciser ni le nombre des saignées, ni la durée de chaque pulmonite. Il est très sujet à s'enrhumer, et il a la respiration courte depuis trois ans. — Il y a sept jours, en entrant chez lui, il fut pris de frissons suivis de chaleur, de soif vive, de toux fréquente. Douleur assez vive dans la région mammaire droite. Expectoration jaunâtre, gêne de la respiration, insomnie à cause de la toux, perte de l'appétit. Ces phénomènes se sont aggravés les jours suivants, et il fut obligé de s'aliter dès le début. Il attribue sa maladie à un refroidissement auquel il est souvent exposé par l'exercice de sa profession. Il est venu à pieds à l'hôpital, mais avec beaucoup de peine, et il fut obligé de se reposer souvent. Aucun traitement actif n'a été fait chez lui.

Etat actuel. — Visage très abattu, avec une légère teinte jaune, à laquelle participent les sclérotiques. Toux assez fréquente, quinteuse. Le crachoir contient une expectoration albumineuse, blanchâtre, avec un petit point jaune-safran. Température abdominale à 38° 1[2, c.; pouls à 124, passablement développé, flasque; gêne notable de la respiration, qui est à 36 par minute. Résonnance bonne en avant à gauche; la respiration y est puérile. En arrière de ce même côté, la résonnance est bonne et la respiration est mêlée de râle sibilant abondant. — A droite, en avant, résonnance faible dans la région sous-clavière, bonne dans le reste du poumon; souffle bronchique assez marqué dans le reste de la région sous-clavière, avec quelques bulles de crépitation très profondes et fines. Rétentissement bronchophonique de la voix. Plus bas, la respiration est rude, sans souffle ni crépitation. En arrière, matité depuis le sommet jusqu'à la fosse sous-épineuse. Le murmure vésiculaire est nul, avec souffle bronchique pendant l'inspiration, et retentissement bronchophonique de la voix. En bas, la résonnance est bonne, ainsi que la respiration. — La matité du cœur est dans ses limites normales; l'impulsion en est forte, les deux bruits sont sourds, ce qui tient à ce que le poumon le recouvre en entier. Léger souffle dans les carotides; langue humide, molle, non saburrale; foie dans ses limites normales. — Prescription d'urgence : saignée de trois palettes.

Le 8, examen en présence des élèves. Caillot de la saignée d'hier soir, rétracté; couenne opaque, dense, jaunâtre, supportant le poids du caillot, qui est d'une bonne consistance. Crachats blancs, albumineux, sans mélange de sang. Le malade est incliné sur le côté gauche. Chaleur fébrile modérée, avec une légère moiteur; pouls à 112-116, bien dédéveloppé, dur, non redoublé régulier; turgescence des veines; respiration à 36-40. — Résonnance faible dans la région sous-clavière et axillaire droite, avec respiration soufflante dans cette région, et crépitation fine et sèche à la fin de l'inspiration, surtout vers la région axillaire. Rien de notable dans le reste du poumon, ni à gauche en avant. — Les deux bruits du cœur sont bien frappés; persistance de la matité dans la région scapulaire droite, surtout dans la fosse sus-épineuse et la partie supérieure de la fosse sous-épineuse; persistance d'un léger souffle dans la région de la matité, avec quelques bulles rares de crépitation. La respiration est bonne, même un peu forte dans le reste de le poumon, où elle offre un peu de rudesse. Rien de notable ce matin pour le poumon gauche. — Visage abattu; langue molle, blanche; ventre un peu tendu; haleine un peu fade. — Prescription : saignée de trois palettes; ventouses scarifiées aux régions sous-clavière, axillaire et scapulaire du côté droit, trois palettes; cataplasme; julep diacodé; boisson gommeuse; diète.

Le 9, caillot de la saignée modérément rétracté, recouvert d'une couenne épaisse, supportant le poids du caillot, qui est d'une consistance ferme. Les rondelles des ventouses sont réunies en une seule masse glutineuse. La sérosité est limpide; quelques crachats albumineux, avec une légère teinte jaunâtre; respiration moins gênée, à 28-32; chaleur médiocre de la peau; pouls à 108, assez petit. Le malade dit se sentir soulagé. Résonnance passable dans la région sous scapulaire; un peu de ronchus grave pendant l'expiration. La respiration est bonne ce matin; la crépitation d'hier a disparu. On entend encore un peu de crépitation dans la région axillaire, où elle est un peu humide; résonnance encore faible dans la région scapulaire droite; le souffle a tout à fait disparu, et l'on entend une crépitation fine, peu abondante, un peu humide. Rien n'est survenu du côté gauche, ni du côté du cœur. — Prescription : saignée de deux palettes et demie; boissons *ut supra*; diète.

Le 10, caillot sans rétraction notable, mais recouvert d'une couenne dense, épaisse, de bonne consistance; il est lui-même d'une consistance médiocre. Le malade dit se trouver bien. Pas de douleur; bon sommeil la nuit dernière; pas de gêne de la respiration, qui est à 20-22; chaleur sensiblement normale à 35° 1[2 c. sur l'abdomen. Pouls à 72-76. La résonnance est évidemment meilleure et presque normale dans la région sous-clavière droite. Respiratiou bonne, sans crépitation. Encore quelques bulles rares dans la région axillaire, où la respiration ordinaire prédomine. La respiration est un peu bruyante dans la région du scapulum droit, avec quelques bulles de crépitation humide. A gauche, en arrière et en bas, existe un peu de crépitation fine et sèche à la fin de l'inspiration seulement. — Prescription : vésicatoire dans la région postérieure gauche de la poitrine. Boissons *idem*. Diète.

Le 11, le malade se trouve de mieux en mieux. Sommeil bon. Pas de gêne de la respiration, qui est à 20. Pouls à 76, assez développé. Chaleur très modérée. Quelques crachats albumineux, tout à fait blancs. Résonnance et respiration sont revenues dans les régions sous clavière et axillaire droite, ainsi que dans la région scapulaire de ce même côté. Encore un peu de crépitation dans la postéro-inférieure du côté gauche, sans souffle ni diminution notable de la résonnance. Cette crépitation est plus humide qu'hier. Le malade n'éprouve aucune douleur. — Prescription : sécher le vésicatoire. Diète. — *Le* 12, crachats séro-albumineux, blancs, assez abondants. Le malade se trouve bien. Sommeil bon. Respiration à 20. Pouls à 68-72. Résonnance et respiration bonnes en avant, ainsi qu'en arrière où on entend à peine quelques bulles de sous-crépitation assez grave, à gauche. Commencement de convalescence. On accorde un bouillon. (Suivent les détails de trois jours de convalescence). Guérison. (Réd. de M. Typaldos.)

— Il est impossible de ne pas être frappé, dans les détails de cette observation, de la grande circonspection,

réglée par une profonde expérience, qui y règne dans l'emploi des évacuations sanguines. Trois ou quatre petites saignées, dirigées avec une clairvoyance parfaite, ont suffi pour rendre justice d'une maladie qui, abandonnée à elle-même ou mal traitée, n'aurait pas manqué de produire des désordres fâcheux. Ces saignées sont prescrites, pour ainsi dire, avec une balance de précision à la main, et l'on pourrait presque avancer que l'affection est subjuguée par la seule force de l'intelligence qui n'a besoin que d'un seul remède pour s'en rendre maître immédiatement. Ce qu'il y a de plus satisfaisant par ce mode de conduite clinique, c'est que non seulement on guéri sûrement, en très peu de jours, tous les cas de pleuro-pneumonie du premier au deuxième degré, mais encore on obtient des résultats nets et des convalescences très courtes, par les résolutions franches et exemptes de toute infirmité consécutive que cette méthode, des saignées *suffisantes à courte période*, procure. Plus on suit de près les faits, plus on reconnaît la réalité constante de la méthode, et l'on a de la peine à s'expliquer l'indifférence générale des médecins pour son adoption, autrement que par la prévention ou le manque d'attention à bien saisir le point fondamental qui la différencie de la méthode commune, bien que basée sur les mêmes éléments.

Remarques générales. — Comme toujours, on n'a observé, pendant l'hiver et le printemps de cette année, que des inflammations thoraciques aiguës comme maladies dominantes dans les cliniques de Paris. Les pleuro-pneumonies surtout l'ont emporté sur les autres. On voit cependant, depuis les dernières rafales froides de la seconde moitié de mai, les phlogoses parenchymateuses du poumon faire place aux inflammations pariétales; aussi ne rencontre-t-on, surtout depuis quelques semaines, que des pleurésies avec épanchement. Quelques cas d'angine grave, d'autres de bronchites vésiculaires ou capillaires se sont également montrés. Cette dernière affection a surtout acquis de grandes dimensions en ville, chez des enfants, où elle frise de près la pneumonie. A mesure cependant que l'on avance vers le mois de juin, les fièvres typhoïdes semblent prendre de l'ascendant à leur tour. Nous aurons à étudier différentes séries de cas graves de ces diverses affections. Occupons-nous en attendant des pleuro-pneumonies dont on vient de lire plusieurs exemples remarquables.

Le froid est la cause que les malades accusent constamment comme source de la pneumonie. C'est là un fait parfaitement constaté, invariable même dans tous les relevés cliniques, et qui s'est également vérifié dans les faits précédents. On a voulu expliquer cette influence, et l'on trouve dans les livres les plus estimés la doctrine de l'humorisme mise en honneur à cette occasion. Singulier phénomème! tandis qu'on affecte partout de vouloir s'en tenir aux faits matériels, de bandir les théories, on ne se doute même pas qu'on s'embarque soi-même sur un gouffre d'hypothèses, en disant que le froid agit, dans ces occurrences, comme répercussif de la sueur, laquelle devient âcre, se jette sur les poumons et produit de l'irritation, une congestion, l'inflammation, etc. C'est évident, dit-on, il n'y a pas là de théorie! Ce qu'il y d'évident pour nous c'est le fait matériel, l'action du froid; mais ce qui n'est pas clair du tout, c'est l'explication qu'on met à la place du fait lui-même. Examinons cette question puisqu'elle est invoquée en faveur de la médecine humorale, la plus fâcheuses assurément des fausses routes qu'on ait pu faire à la médecine de notre temps! —Comme agent physique, le froid, ou plutôt l'air froid qui frappe le derme et l'arbre bronchique, alors que le corps est ou non en transpiration, ne saurait agir autrement qu'en vertu de ses propriétés physiques. Il enlève donc à l'organe pneumonique une dose répétée de calorique, proportionnée aux conditions particulières des deux corps mis en contact. Le poumon se trouve en conséquence, dans un temps donné, privé d'une quantité de son stimulus normal. Or, que résulte-t-il dans un organe quelconque, bien portant, auquel on a enlevé une partie de son calorique animal? Il devient à l'instant, faible, moins apte à tolérer les stimulus ordinaires. On sait ce qui arrive aux membres gelés, aux fruits frappés par le froid, si on les expose de suite à une chaleur même médiocre. Il y a donc intolérance très grande pour le stimulus calorifique quelque peu prononcé. Le poumon, sans être gelé par l'action du froid, se trouve pourtant dans les mêmes conditions d'intolérance par rapport à la température ordinaire du sang normal qui l'arrose. Ce stimulus qui se renouvelle sans cesse par la circulation et qui lui était naguère si convenable, se trouve désormais excessif pour lui; il le surstimule dans l'état de faiblesse où son tissu se trouve après l'impression du froid, et par cela même il se congestionne, s'enflamme et peut même quelquefois se gangrener. Il semble absurde au prime abord qu'une cause essentiellement hyposthénisante, comme le froid, qui agit en soustrayant du calorique, qui opère par cela même comme un remède souverain dans les phlogoses traumatiques, dans la méningite, etc, puisse devenir une source de maladie inflammatoire, phlegmoneuse même. En y réfléchissant cependant on comprend sans peine qu'il n'agit ainsi qu'indirectement, en prédisposant les tissus sains à sentir trop vivement leurs stimulus normaux. Ne sait-on pas, par exemple, que le long séjour dans un endroit obscur prédispose aux congestions oculaires, aux rétinites, si on s'expose brusquement à une lumière vive? Personne n'ignore l'expérience de ce physicien qui, ayant tenu pendant quelque temps une bulle de mercure congelé dans la paume de la main, a eu consécutivement un phelgmon dans cette partie. Cette doctrine, qui est celle de l'École italienne, est susceptible de grands développements, d'une foule d'applications pratiques que nous aurons l'occasion de faire connaître à propos d'autres maladies.

Avons-nous besoin maintenant de réfuter la

théorie généralement enseignée que nous venons de relever? Disons seulement que dans la suppression brusque de la sueur, par l'action du froid, il n'y a pas répercussion véritable comme on le croit. La sueur n'est, en effet, qu'un phénomène de vascularisation capillaire périphérique ; les pores des vaisseaux se dilatent sous l'influence de certaines conditions dynamiques, et laissent échapper la partie séreuse du sang, à laquelle se joint une certaine matière sébacée. Il y a une grande ressemblance entre ce phénomène et celui de la sécrétion urinaire. Les reins, véritables filtres vasculaires, n'élaborent pas plus l'urine que le derme n'élabore la sueur ; et quand Breschet est venu à l'Académie des sciences montrer sur des planches les prétendues glandes sudorifiques de la peau, il a fait du roman, en prenant pour telles les glandes mucipares du derme d'un petit dauphin ! Qu'une cause quelconque arrête subitement ce travail d'exosmose, il est clair qu'il y aura là seulement arrêt d'une exhalaison accidentelle, et nullement rétropulsion ou répercussion. Où est-elle là la sueur rentrée ? La seule chose de rentrée, c'est l'illusion de la médecine humorale! Que de choses merveilleuses de ce genre ne trouve-t-on pas dans un estimable travail récent, intitulé : *Hématologie pathologique* ! Notre devoir de critique nous conduira bientôt à l'examen des questions traitées dans cet important ouvrage. Nous espérons faire voir toute l'illusion et les dangers de cette médecine humorale dont on fait parade, et qui, en définitive, n'est que l'occasion de théories plus ou moins erronées qu'on donne comme des faits positifs! Heureusement que la pratique de M. Bouillaud vaut mieux que son humorisme!. Nous empoignerons, dans le prochain numéro, les doctrines qu'il professe sur la fièvre typhoïde, et nous verrons si sa logique, si les explications qu'il présente comme des faits ne sont pas en opposition flagrante avec sa médication.

Les vésicatoires à grandes dimensions forment, après *les saignées suffisantes à courte période*, partie essentielle de la médication adoptée par M. Bouillaud dans la maladie en question. On a dû remarquer que c'est ordinairement vers le troisième, quatrième jour de traitement que ce clinicien a recours aux vésicatoires, comme moyen propre à compléter la resolution. Une circonstance essentielle à mentionner, c'est que les vésicatoires dont M. Bouillaud fait usage sont bien cantharidés et camphrés, et embrassent tout un côté de la poitrine de haut en bas, sur le lieu même du mal. Ordinairement, dans la pneumonie unilatérale postérieure, qui est la plus fréquente, c'est un vésicatoire de 16 centimètres (5 à 6 pouces) carrés, qu'il applique depuis le haut de l'omoplate jusqu'en bas. L'effet de ce remède est sans doute douloureux, mais d'une efficacité salutaire vraiment prodigieuse, malgré l'état d'acuité de la maladie qui, d'après la routine, semblerait en contre-indiquer l'application. On l'entretient à l'aide d'une pommade cantharidée jusqu'à l'époque où la convalescence est assurée ; on le sèche dès ce moment. L'effet antiphlogistique de ce remède est des plus patents, et c'est par une prévention routinière inconcevable que l'on songe encore à la chimère de la révulsion à son occasion. L'espace nous manque, pour le moment, pour expliquer le véritable principe de son action dynamique hyposthénisante; nous reprendrons ce sujet en sous-œuvre.

La diète absolue est un troisième point fondamental qu'on n'observe pas généralement dans la pratique civile, et dont on fait dans les hôpitaux un précepte de rigueur d'une haute importance. M. Bouillaud défend toute espèce d'aliment, même le bouillon coupé, pendant six, huit, dix jours dans les affections fébriles aiguës, et il n'accorde quelque peu de bouillon affaibli qu'autant que la condition d'acuité est bien formellement enrayée. On se tromperait cependant si l'on croyait que ce praticien pousse trop loin un pareil précepte. Sous ce rapport, comme sous d'autres, nous l'avons vu se conformer avec un tact parfait aux circonstances particulières de chaque maladie ; et dernièrement encore nous l'avons vu accorder de larges portions de vin à un conducteur de diligence, sorte de Bacchus déchu, qu'il venait de sauver d'une pleurésie compliquée des plus graves, et qui entrait en convalescence. Il semblerait inconcevable que la diète prolongée, dans ces occurrences, pût être soutenue impunément pendant très longtemps, si l'on ne se rappelait pas que la diathèse inflammatoire elle-même en fait une condition de tolérance, comme pour les saignées, et pour tout autre moyen hyposthénisant.

DOCUMENTS PRATIQUES.

Paralysie générale des aliénés. — Cette affection offre, comme on sait, des conditions toutes particulières qui la différentient de toute autre paralysie. Elle a formé le sujet de recherches toutes récentes de la part de M. Bouillaud. Ce clinicien est arrivé à des conclusions nouvelles d'un grand intérêt que nous devons faire connaître. On sait qu'arrivés dans la période de démence, les aliénés finissent à la longue par éprouver une gêne progressive dans la parole, par balbutier, par bégayer, sans présenter pourtant à l'examen aucune affection paralytique réelle, ni dans le mouvement, ni dans le sentiment, à la langue, ni aux lèvres, ni au larynx, ni au voile du palais. Toutes ces parties offrent encore dans leurs détails le mouvement et le sentiment parfaitement conservés; les malades peuvent très bien mouvoir la langue dans tous les sens, manger, souffler, rire, crier, et néanmoins, quand il s'agit de coordonner les sons, d'exprimer leurs idées, de parler en un mot, ils sont dans l'impuissance, ils bredouillent et bavent, et c'est là ce qu'on a appelé paralysie de la langue (on dirait mieux : paralysie de la parole) chez les aliénés. Une affection analogue se manifeste aux membres inférieurs; ces malheureux s'affaiblissent, éprouvent de la difficulté à se tenir debout; s'ils marchent, ils traînent leurs pieds, entortillent ces membres, trébuchent et tombent à chaque pas. Cet état devient tel que ces infortunés finissent par ne pouvoir plus rester que couchés; ils

végètent misérablement alors, comme de véritables fongus, et leur existence se prolonge encore plus ou moins. Si l'on examine dans cet état leurs membres, on leur trouve parfaitement conservés le sentiment et le mouvement; ils peuvent les diriger dans tous les sens, aucun muscle n'étant réellement paralysé. L'impuissance, par conséquent, ne paraît porter que dans la faculté coordonnatrice des mouvements. Ces malheureux conservent, en effet, en détail le mouvement et le sentiment; mais quand il s'agit de combiner, de coordonner les actions musculaires pour mettre leur corps dans la station debout, pour marcher, la faculté coordonnatrice leur fait faute, et l'on peut dire que cet état des membres est parfaitement semblable à celui de la parole; rapprochement remarquable qui se résume, en définitive, dans une sorte de bégaiement des membres comme de la langue (expression de M. Bouillaud). Singulière paralysie que celle-là! Les muscles conservent leur faculté motrice, les autres tissus leur sensibilité, et l'on dit qu'il y a paralysie générale? Il est clair que si telle est cette affection, elle ne ressemble nullement aux paralysies ordinaires; aussi en a-t-on fait une espèce à part, essentiellement distincte de la paralysie par épanchement, par ramollissement, par des tumeurs diverses, etc. C'est, si l'on veut, une paralysie conventionelle; mais, en réalité, une pareille dénomination est un contre-sens, car on ne peut à la rigueur nommer paralysie une affection dans laquelle le mouvement et le sentiment sont conservés. Il s'agit donc plutôt d'une lésion de la faculté coordonnatrice des mouvements. En d'autres termes, d'une lésion du cervelet, là étant le siége précis de cette faculté, ainsi que cela résulte des expériences que M. Bouillaud a faites sur les animaux et qu'il vient de répéter à sa clinique. La paralysie générale des aliénés est constituée, par conséquent, par l'abolition de la faculté coordonnatrice du mouvement (lésion du cervelet), et de la faculté coordonnatrice de la parole (lésion des lobes antérieurs du cerveau). La source de ces lésions, bien que dynamique en origine, est essentiellement mécanique quand elle est bien déclarée. Aussi est-elle au dessus des ressources de la thérapeutique. La partie neuve de ces recherches consiste dans l'appréciation de la nature de cette prétendue paralysie et de la localisation du point de départ de l'affection. Il ne s'agit pas ici d'une simple induction théorique. Les autopsies chez les aliénés atteints de paralysie générale ayant souvent accusé des lésions dans le cervelet (suppurations, adhérences, ossifications, ulcérations à sa surface ou dans sa substance). M. Calmeil, qui a le mieux étudié la paralysie générale des aliénés, était resté dans le vague sur toutes ces questions fondamentales, et l'on a vu dernièrement le docteur..... à l'Académie et dans les journaux de médecine, débiter, sur la pathologie de la folie, des niaiseries étonnantes, qu'un rapporteur complaisant s'est donné la peine de réfuter!

Transpiration pulmonaire. — Le célèbre Sanctorius, qui, comme on sait, a eu la constance de passer une partie de sa vie dans une balance, avait trouvé que l'homme perd, par la double transpiration insensible, dermique et pulmonaire, 3/8 de la nourriture qu'il prend par 24 heures. Dodard, qui répeta ces expériences, trouva que la perte était plus abondante encore chez les enfants, et Lavoisier, qui a repris à son tour ce travail avec Séguin, a voulu calculer quelle était la proportion relative des deux transpirations. Après avoir constaté l'exactitude des faits de Sanctorius, Lavoisier a enveloppé le corps d'un enduit imperméable, et il a trouvé que la quantité de la transpiration pulmonaire s'élevait en moyenne à 7/11, c'est-à-dire, à plus du tiers de l'effet total. On ne comprend pas assez cette dernière expérience depuis qu'on connaît les dangers d'un pareil enduit sur toute l surface du corps.

Acide pyroacétique ou pyroligneux. — Par suite de sa propriété dissolvante sur les substances épidermiques, cet acide pourrait trouver une excellente application, en fomentation, contre certaines végétations calleuses qui naissent à la plante du pied, et qu'on veut d'abord ramollir pour les couper aisément par tranches. On peut en dire autant de certains cors. Une application plus utile encore de cet acide peut être faite sur les escarrhes de décubitus, si fréquentes et si fâcheuses, ainsi que dans toute gangrène en général, comme topique chimique, qui enlève l'odeur infecte et durcit les tissus mortifiés, les empêche de se putréfier, etc., comme la créosote. Au point de vue dynamique, c'est un hyposthénisant vasculaire, comme la plupart des autres acides. Nous l'avons trouvé excellent dans un cas de gastrite chronique chez un ivrogne, accompagnée de délirium tremens. Ce qui nous a paru surtout remarquable, c'est que l'usage de ce remède, continué pendant quelque temps, a, comme la limonade sulfurique, guéri aussi l'individu de la passion de boire, par une sorte de dégoût pour les alcooliques. On en fait une sorte de limonade végétale, bien édulcorée, que les malades prennent avec plaisir. La formule suivante est assez commode : P. acide, 4 grammes (1 gros); eau de fleurs d'oranger, 60 grammes (2 onces); sirop d'orgeat 30 grammes (1 once), à prendre par cuillerées.

Pain fermenté. — Il serait difficile de dire en quoi consiste la différence essentielle que présente le pain, suivant qu'il est fermenté ou non fermenté. « La fermentation qui s'établit par suite de l'addition du levain donne naissance à de l'acide carbonique et à de l'alcool. L'acide carbonique, en se dégageant, augmente le volume de la pâte, y produit des vides nombreux comparables à des bulles d'écume. La cuisson du pain augmente beaucoup le volume de ces bulles de gaz, et engendre des vapeurs qui y joignent leur effet; aussi la pâte se gonfle-t-elle encore pendant cette opération. » (Dumas, chimie, t. 6, p. 408.) Ces observations expriment sans doute certaines conditions chimiques qui disparaissent par la cuisson et qui apprennent pourquoi le pain qu'on mange très chaud au sortir du four, peut quelquefois causer des accidents; mais la question fondamentale que nous venons d'indiquer reste indécise.

Ramollissement cérébral chez les vieillards. — Il y a cette différence entre l'hémiplégie apoplectique et celle qui se rattache à un ramollissement cérébral, c'est que la première arrive subitement, sans préliminaires, et d'une manière inattendue, tandis que la seconde est précédée, longtemps d'avance, de spasmes, de raideurs, de fourmillements dans les membres, et elle ne se déclare que lentement et par degrés progressifs. La première se rattache surtout à la compression; la seconde dépend principalement de l'espèce de décomposition partielle que la pulpe cérébrale éprouve. — Dans l'hémiplégie par ramollissement, il se présente toujours la question de savoir s'il s'agit d'un ramollissement inflammatoire, ce qui n'est pas facile à décider à *priori*. M. Bouillaud considère le ramollissement non inflammatoire chez les vieillards comme l'analogue de la gangrène sénile des membres. On trouve souvent, en effet, chez ces sujets, des ossifications artérielles à la base du crâne; des caillots se forment, des obstructions s'en suivent dans telles ou telles branches; de là le manque de circulation, la gangrène partielle, la décomposition de la pulpe encéphalique qui, dans son espèce, est comparable au fond à la momification d'un ou de plusieurs orteils frappés de gangrène sèche. La seule différence appréciable entre ces deux mortifi-

cations serait dans l'odeur et dans la couleur; mais c'est là un fait purement chimique dépendant de l'action de l'air qui ne peut avoir lieu dans la boîte crânienne. Dans la gangrène sèche, M. Bouillaud n'admet pas toujours une artérite. La seule ossification artérielle suffit selon lui, chez les vieillards, pour emmener la gangrène à la longue, par suite de la formation des caillots et des obstructions qui s'en suivent. Il ne veut pas dire par là que l'artérite, lorsqu'elle existe, ne conduit pas au même résultat, mais il soutient que c'est à tort qu'on considère la gangrène sénile comme toujours inhérente à une phlogose artérielle. M. Bouillaud au reste ne s'est pas expliqué sur la pathogénésie de ces ossifications elles-mêmes. Nous devons dire à cette occasion que ces ossifications dans l'aorte, dans le cerveau, comme dans les membres et partout, n'expriment pour l'Ecole italienne qu'un travail de phlogose accompli ou encore existant; l'artérite existe dans ces cas sourdement, à l'état latent, dans le tissu cellulaire inter-membraneux de l'artère; les plaques terreuses, osseuses, etc., qu'on y rencontre, en sont une conséquence. Voyez à ce sujet deux magnifiques articles de M. Tommasini que nous avons donnés (t. 2, p. 28 et 128). Voyez aussi Giacomini. Nous devons revenir sur cet important sujet des phlogoses vasculaires chroniques qui jouent un rôle fondamental dans une foule de maladies graves et qui ne sont guère étudiées en France.

CLINIQUES CHIRURGICALES.

La luxation de l'extrémité scapulaire de la clavicule (luxation sus-acromiale) s'est dernièrement présentée sur deux individus, à Saint-Louis (service de M. Jobert) et à la Charité (clinique de M. Velpeau). Le premier cas se rapportait à une luxation incomplète; le second à une luxation tout à fait complète, très prononcée. Le déplacement était si complet, que l'extrémité externe de la clavicule chevauchait sur la voûte acromiale, dépassait le bord externe du bec de l'apophyse et venait faire saillie en dehors et en arrière de la fossette articulaire, comme une sorte d'exostose sous-cutanée, culminant sur le pourtour externe du sommet du moignon de l'épaule. Entrons dans quelques détails sur les deux faits avant de nous livrer à quelques considérations générales. Il s'agit ici d'une lésion importante, devenue célèbre depuis que Galien en a été lui-même atteint, et que des travaux récents ont parfaitement mis à même d'apprécier.

Le cas que nous avons observé à Saint-Louis est relatif à un homme jeune, robuste, qui venait de tomber d'un échafaud sans pouvoir dire comment. Il avait éprouvé une vive douleur à l'épaule gauche et par suite l'impossibilité de se servir librement de son bras. A l'examen, cet homme se présentait dans l'attitude d'une personne atteinte de fracture de la clavicule. On remarquait une petite tumeur dure sur le sommet de l'épaule, précisément sur l'apophyse acromion. Cette tumeur se continuait évidemment avec la clavicule, et l'on pouvait l'ébranler en secouant la clavicule par son corps. Il était facile de s'assurer, au simple regard, que la tumeur était indépendante de la tête humérale qui conservait sa position; les mouvements du bras, au reste, n'étaient que gênés. Le diagnostic n'a donc offert la moindre difficulté; il s'agissait d'une luxation sus-acromiale de la clavicule. Il était facile de la réduire en soulevant avec les mains l'épaule et en la portant en même temps en arrière; mais la tumeur reparaissait aussitôt que cette espèce d'extension avait cessé. Comme la tumeur n'était que médiocrement prononcée, qu'elle régnait immédiatement au dessus de l'articulaiion acromio-claviculaire, on a été porté à présumer que la luxation n'était qu'incomplète. Ceci cependant est resté indécis, car il est possible que le peu de saillie de l'extrémité de la clavicule tînt d'une part à sa forme primordiale aplatie et peu développée, ainsi que cela a lieu chez beaucoup d'individus, car le volume de cette extrémité osseuse et très variable, comme on sait; de l'autre, à l'épaisseur du deltoïde et du tissu cellulaire sous-cutané. Dans notre opinion, si nous ne nous trompons pas, cette luxation était complète, mais avec peu de déplacement. L'élève de garde, qui avait reçu ce malade d'urgence, avait parfaitement diagnostiqué la lésion, et il avait appliqué l'appareil claviculaire de Désault. Cet appareil cependant n'avait pas empêché la luxation de se reproduire, et l'on pouvait le lendemain, à la visite, constater le déplacement sans que le bandage fût ôté. M. Jobert a fait enlever l'appareil et prescrit pour tout moyen contentif le coucher au lit dans la position horizontale, sans oreiller, afin que l'épaule restât autant que possible inclinée en arrière, et un double lacq, fixant le membre dans l'immobilité, savoir : l'un dans l'aisselle du côté lésé et dont les chefs venaient se nouer au chevet, derrière la tête du patient, l'autre au poignet et dont les extrémités descendaient pour être fixées au pied du lit. Par cette seule précaution, la luxation se trouvait à moitié remise et le patient ne souffrait pas. Huit jours après, ce jeune homme avait déjà reçu son *exeat*, et nous l'avons perdu de vue. Cette dernière circonstance importe peu au point de vue de la science, les notions cliniques déjà acquises par d'autres faits nous laissant aisément deviner ce qu'il a dû arriver consécutivement chez cet homme.

Dans l'autre cas (Charité), il s'agit aussi d'un homme robuste, âgé d'une quarantaine d'années, dont la clavicule droite était luxée dans son extrémité scapulaire, par suite d'une chute depuis trois semaines. Les détails de sa chute n'étant pas bien circonstanciés, nous les passons. La luxation est ici des plus manifestes, l'extrémité claviculaire chevauche l'acromion, elle est à cheval sur la voûte acromiale et semble portée un peu en arrière du plan articulaire claviculo-acromiale. Le bout externe de la clavicule est très saillant sous le deltoïde, y forme une tumeur du volume d'un petit œuf, simulant au prime-abord une exostose de l'omoplate, et il paraît chevaucher sur l'apophyse scapulaire dans l'étendue de trois centimètres environ, surtout lorsqu'on observe le patient couché, de manière que l'épaule fût portée en avant et en dedans. L'espace acromio-sternal paraît rétréci à l'œil nu. En suivant attentivement cette tumeur, on s'orientait de suite, elle se continuait avec la clavicule, et, en ébranlant celle-ci, on communiquait les mouvements à celle-là. Le devant du moignon de l'épaule conservait d'ailleurs sa rondeur normale; les mouvements du bras étaient libres en grande partie; pas de crépitation nulle part; la peau qui couvrait la tumeur était rouge et douloureuse. Le diagnostic a été donc des plus faciles; la réduction elle-même s'accomplissait aisément, mais le déplacement reparaissait aussitôt après. M. Velpeau a prescrit quelques topiques résolutifs et abandonné la luxation à la nature, l'expérience lui ayant appris d'une part que les suites de cette luxation n'ont absolument rien de fâcheux, puisque le membre reprend au bout de quelque temps toute son agilité et sa force, à la petite difformité près, qui

n'a pas d'importance chez un homme; de l'autre, que les moyens contentifs dont l'art dispose ne sont pas assez stables pour maintenir d'une manière durable la réduction; d'où il résulte qu'en définitive une guérison obtenue à l'aide d'un appareil n'est pas différente de celle que procure la nature en l'absence de tout bandage. Ce patient a été gardé pendant quelques jours à la clinique comme sujet d'étude, et l'on a pu s'assurer réellement que, à part la petite difformité, son membre pouvait exécuter tous les mouvements avec autant de force qu'à l'état normal. L'élève qui avait été chargé de surveiller les frottements résolutifs de l'épaule de ce malade nous a affirmé que, pour se convaincre du degré de force de son membre, il s'était mis à lutter, à boxer avec lui, et qu'il lui avait trouvé autant de puissance et d'agilité que chez un individu non blessé. Les deux points importants que ces faits présentent concernent la sûreté de pronostic et l'inutilité de tout appareil contentif.

Un premier point qu'il nous presse de mettre en relief à l'occasion de ces observations, c'est la facilité très grande du diagnostic de la luxation sus-acromiale. On comprend à peine comment des auteurs graves aient pu écrire que cette luxation se confondait aisément avec la luxation du bras. Il paraît même que cette méprise a été commise plus d'une fois. « Véritablement, dit Paré, la luxation de l'extrémité humérale de la clavicule est difficile à connaître... Je sais qu'aucuns chirurgiens s'y sont trompés, estimant que l'humérus était luxé; car alors la sommité de l'épaule est élevée, et le lieu d'où la clavicule est sortie est enfoncé avec douleur véhémente et grande tumeur, et les malades ne peuvent lever le bras, ni faire aucun mouvement de l'épaule, et où l'os ne sera réduit le malade demeure impotent et ne pourra jamais porter la main à sa tête ni à sa bouche. » — Sabatier qui rappelle ce passage dit avec raison : « Ce jugement est trop sévère. Les malades ne restent pas estropiés, quoique les os demeurent dans l'état d'écartement où l'accident les a mis. Ceux dont j'ai parlé précédemment (il s'agit de deux cas) n'ont été incommodés que peu de temps, et sont revenus à leurs exercices ordinaires sans gêne ni douleur. Je me suis contenté d'appuyer fortement avec des compresses longuettes mises en croix sur l'os déplacé, et de relever le bras avec une écharpe. Les lumières de la raison m'ont suggéré ce procédé qui est en tout conforme à celui qu'Hippocrate indique. Cet auteur, dont je n'avais pas encore étudié les excellents traités *de fracturis* et *de articulis*, ajoute, après l'avoir décrit, qu'il n'y a aucun danger, mais qu'il reste toujours une difformité à l'endroit malade, parce que les os ne se remettent jamais en entier. Il n'omet pas de dire que la douleur cesse en peu de jours, si le bandage est bien fait. Comment ceux qui ont écrit *ex professo* sur les maladies des os, n'ont-ils pas cité ce passage qui est un chef-d'œuvre de jugement et d'exactitude? » (Sabatier, Anat., t. 1, p. 231.)

Ces remarques sont importantes; car elles dévoilent tout ce qu'il y a d'essentiel à connaître dans l'état actuel de l'art, au double point de vue du diagnostic et du traitement. Pour ce qui est du diagnostic, l'équivoque ne serait possible que dans une absence de toute attention, de tout examen quelque peu soigné. Une luxation du bras peut se reconnaître à distance, à l'affaissement du moignon de l'épaule, à l'éloignement du coude du tronc, à la direction axuelle oblique du membre de haut en bas, et enfin à l'attitude même du tronc du patient. Rien de pareil n'existe ici, et bien qu'on pût songer d'abord à une fracture de la clavicule ou de l'acromion, un léger examen dissipera à l'instant tous les doutes. Sabatier, comme Galien, attachait une grande importance à l'exploration du creux de l'aisselle pour bien éclaircir le diagnostic, ce qui assurément ne peut être que fort utile. — « Malgré le point d'appui que lui présente la racine de l'apophyse coracoïde, sur laquelle elle est (la clavicule), pour ainsi dire, posée, la partie antérieure et supérieure du deltoïde s'aplatit, et on croit sentir au dessous du sommet de l'épaule un enfoncement semblable à celui que l'on observe lorsque l'humérus est sorti de sa cavité. Ce cas s'est présenté à moi deux fois. La clavicule, entraînée sans doute plus fortement par la moitié supérieure du trapèze, qu'elle n'était retenue par la portion du deltoïde, qui s'attache à son bord antérieur, était remontée de plus d'un pouce; et si je m'en fusse tenu aux apparences, et que je n'eusse pas cherché la tête de l'humérus sous le creux de l'aisselle, j'aurais cru que l'humérus était luxé » (Sabatier, ib., p. 229). — Un auteur allemand a résumé, dans les lignes suivantes, les données du diagnostic dont il s'agit : «Douleur au niveau de l'épaule, écartement plus ou moins considérable de l'acromion et de l'extrémité de la clavicule; mobilité contre nature de ces deux os, quelquefois saillie du dernier; altération des mouvements du bras, surtout de ceux qui tendent à le porter en haut; disparition de la saillie dont nous avons parlé, dès qu'on porte l'épaule en arrière; sa réapparition dès que l'épaule est abandonnée à elle-même » (Chelius, Chirurgie, trad. de M. Pigné, p. 370). Ce tableau n'est pas complet; mais il peut suffire pour baser le jugement.

Dans un travail récent, le plus complet et le mieux fait qu'on possède sur les luxations de la clavicule, nous voulons parler du mémoire de M. Morel-Lavallée, que l'Académie de médecine a sanctionné sur un rapport favorable de M. Jobert, on soutient la réalité de la luxation sous-acromiale, et même de la luxation sous-coracoïdienne. Cela n'est pas aussi clair pour nous, malgré les quelques faits d'emprunt que M. Morel-Lavallée ait eu soin de réunir. Nous avons devant nous une épaule de squelette avec ses ligaments naturels, et il nous semble qu'à moins d'anomalies extraordinaires, il n'est pas possible d'admettre, même à l'heure qu'il est, d'autre luxation que la sus-acromiale à cette extrémité de la clavicule. L'apophyse coracoïdienne, en effet, sur laquelle le bout aplati de la clavicule passe pour aller à la rencontre du bord interne de l'acromion, fixe la clavicule à la base du crochet coracoïdien par deux ligaments d'une puis-

sance immense, et ce crochet fait là l'office d'une énorme solive, ou si l'on veut, d'une arche inébranlable. Les faits, au reste, qu'on cite en faveur des luxations sous-acromiale et sous-coracoïdienne ne paraissent pas assez péremptoires pour les accepter sans réserve. Nous n'entendons cependant rien préjuger absolument sous ce rapport, puisque MM. Malgaigne et Morel-Lavallée se sont prononcés favorablement sur la valeur de quelques-uns de ces faits. Il est probable néanmoins que les choses en resteront là, et que la nature ne parlera pas facilement à l'appui de la croyance affirmative dont il s'agit.

Pourquoi la luxation de l'extrémité scapulaire de la clavicule est-elle beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme? On peut en donner plusieurs raisons. A part les exercices de labeur, moins rudes chez la femme, ce qui l'expose moins à des accidents traumatiques, on peut invoquer la fragilité naturelle de la clavicule, plus grande chez elle, ce qui la prédispose davantage aux fractures. Or, plus un os est fragile, moins il est susceptible de luxation. C'est sur ce fait que nous nous sommes basé pour établir la loi que nous avons signalée le premier concernant le degré de prédisposition aux luxations par rapport à l'âge (Voy. notre travail sur les ruptures des épiphyses dans la Gaz. méd. de Paris, 1834). On ne rencontre presque jamais les luxations traumatiques chez les enfants avant l'âge de quatre ans, par la raison que, d'une part, l'appareil ligamenteux articulaire à cet âge est plus résistant que le parenchyme encore tendre des os, et la puissance qui serait nécessaire pour déchirer les ligaments suffit déjà, à un degré beaucoup moindre, pour briser l'os ou pour rompre la couche épiphysaire. Dès lors il y a fracture ou décollement d'épiphyse, et non luxation. Dans l'autre extrême de la vie, l'atrophie du parenchyme osseux, et la fragilité qui s'en suit, rendent la même loi vérifiable, à quelques exceptions près. Or, la clavicule chez la femme de nos cités est dans un état presque enfantin, et elle se fracture plutôt qu'elle ne se luxe, du moins dans son extrémité externe.

Une autre circonstance importante doit être mentionnée dans les conditions anatomiques de la clavicule au point de vue de la question qui nous occupe. — « Cet os est entièrement formé dans un enfant qui vient de naître, et n'a point les extrémités cartilagineuses, comme les autres os de son espèce. On observe seulement que ses éminences et aspérités sont moins marquées, et qu'il est moins courbé sur sa longueur. Cette courbure, qui n'est que le résultat des efforts qu'il fait pour s'opposer à ce que l'épaule et la partie supérieure du bras se portent vers le devant de la poitrine, augmente peu à peu, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à l'âge adulte. Elle doit être plus grande chez ceux qui agissent plus, et chez les hommes que chez les femmes, et surtout chez celles qui ont été élevées à ne rien faire, et qui ont été renfermées pendant leur jeunesse dans des corps de baleine» (Sabatier, *loc. cit.*).

N'est-ce pas à cette double condition anatomique de la clavicule chez l'homme, savoir, une plus grande ténacité organique et des flexuosités plus prononcées, propres à décomposer les forces axuelles, qu'on doit rapporter sa plus grande prédisposition aux luxations chez lui? Il ne faut pas oublier que, dans son état normal, la clavicule remplit le rôle d'un véritable pivot par rapport à l'épaule, et dont le but est d'augmenter la sphère d'action du bras, en lui permettant d'exécuter de larges mouvements de circumduction, ayant pour axe la clavicule fixée au sternum et à l'épaule (Monro's, Anatomy, t. 1, p. 238). Il est donc évident que, dans une foule de cas, toute la puissance traumatique se transmet, en définitive, sur cette ligne axuelle.

Un dernier mot sur le traitement : « Cette luxation se réduit toujours avec facilité; on n'a qu'à porter le bras en haut contre la clavicule, et à déprimer cette dernière » (Chelius). Là n'est pas certainement la difficulté. La question est de savoir si la contention est aussi impossible qu'on le dit, et si l'on doit se résigner à abandonner les choses à la nature quand la luxation existe chez une jeune femme, dont les belles épaules sont un capital bien autrement important que celles d'un Atlas! On ne peut y répondre que par des faits. Or, M. Morel-Lavallée a cité des cas de guérison parfaite, obtenue sous ses yeux à l'aide d'un bandage dextriné qui, par son desséchement, empêche la reproduction de la luxation. Ce qu'il y a de curieux à cet égard, c'est que ces guérisons ont été obtenues dans les hôpitaux, et pourtant M. Velpeau professe aujourd'hui que tous les bandages sont insuffisants, les résultats étant les mêmes, soit qu'on laisse les choses à la nature, soit qu'on emploie un appareil quelconque! Voici l'espèce de bandage que M. Morel-Lavellée recommande et qui, dit-il, a relegué dans les musées tous les autres appareils.

« Le coude porté en dedans et fortement en haut sur la poitrine, et la main sur l'épaule du côté sain, position qui maintient la réduction, on garnit de ouate les saillies osseuses, puis, avec une longue *bande sèche*, on fait quelques circulaires autour du thorax. Arrivée à la hauteur du coude, la bande se relève au devant de lui, de manière à l'embrasser comme dans une anse, passe sur l'épaule du côté malade, et descend obliquement jusqu'au milieu du dos : là, on la détourne par un renversé qui est fixé par un aide, et l'on refait un circulaire qui vient assujetir cette anse à ses deux extrémités. On continue en menant ainsi alternativement un jet de bande autour du tronc, et un jet oblique sur l'épaule jusqu'à ce que six de ces derniers, presque entièrement superposés, recouvrent la portion externe de la clavicule luxée. On finit d'épuiser la bande par quelques circulaires qui ne doivent pas atteindre tout à fait aux aisselles. Enfin, ce qu'on vient de faire avec une bande sèche, on le repète avec une *bande dextrinée*, en laissant à découvert, au bord de l'appareil, un petit liseré de la première, dont le moelleux protégera les téguments contre la dureté de la seconde. On étend avec les doigts une couche mince de la liqueur adhésive à la surface des circonvolutions pour mieux les souder ensembler. Ce *glacement* du bandage et le liseré blanc qui le borde, tout en ajoutant à sa perfection, lui donne encore un air de gentillesse et de coquetterie qui fait plaisir à l'œil. Au bout de vingt-quatre heures, il est sec et inextensible. Comme, au moment de

l'application, sa souplesse lui a permis de se mouler sur les parties, il les surprend en se solidifiant dans la position qu'on leur a imprimée, et les y maintient avec une merveilleuse exactitude. Si, par l'indocilité du malade, il s'était fait quelques vides pendant la dessiccation, on les comble avec de la ouate. A-t-il subi, par la même cause, une déformation partielle nuisible, on l'humecte dans ce point avec de l'eau tiède, et on lui rend à l'instant sa régularité. »

Les plaies des petites articulations, celles des doigts, par exemple, n'étaient pas jusqu'à ces derniers temps traitées de la manière la plus avantageuse. On avait généralement recours à l'amputation dès que la plaie était large, et que les surfaces articulaires se trouvaient à découvert, en suppuration. Sans doute que cette pratique guérissait promptement, mais au prix d'une mutilation généralement fâcheuse, surtout quand il s'agissait du pouce. L'expérience a démontré que les choses ne se passent pas de la même manière aux petites et aux grandes articulations. Là la nature paraît offrir plus de ressources restauratrices, malgré l'état excessivement délabré des tissus, et si l'on a la patience de placer les parties dans certaines conditions, la suppuration finit par s'épuiser et la guérison avoir lieu avec ou sans ankylose. Voici deux faits récents qui viennent à l'appui de cette assertion.

Une jeune femme, ouvrière, a eu le pouce de la main droite fracassé par une mécanique destinée au cardage de la laine. Elle a été reçue à l'Hôtel-Dieu (service de M. Blandin). Le doigt était comme arraché, luxé à sa base du côté dorsal, et son articulation métacarpo-phalangienne largement ouverte par une grande plaie contuse, déchirée dans ses quatre cinquièmes périphériques. Le doigt ne tenait plus qu'à quelques petits lambeaux de chairs du côté palmaire et au tendon fléchisseur. Cette plaie offrait les plus fâcheuses apparences et menaçait de compromettre l'avant-bras par ses effets réactionnels. L'amputation eût été jugée indispensable dans un autre temps, et présentement encore il est bien des chirurgiens qui ne se seraient pas départis de ce principe. M. Blandin cependant en a pensé autrement; il a essayé de conserver ce doigt, et aujourd'hui, deuxième mois de traitement, il s'applaudit de cette conduite, puisque la conservation du doigt est assurée. Voici les détails des pansements : Le doigt qui était luxé en arrière et dont la surface articulaire de la phalange était à nu, flottante sur la peau, a été réduit doucement, mais pas complétement; les lambeaux déchirés, épars, ont été rapprochés, réunis sans être forcés, et fixés dans cet état à l'aide de bandelettes collantes et étroites, imbriquées soigneusement comme dans le pansement par occlusion. Cuirassé de la sorte, le doigt a été fixé dans la position verticale, sans violence aucune, à l'aide de petites attèles et de nouvelles bandelettes, fixées au sommet du doigt et disposées en forme de cordages, pour être attachées à distance sur le carpe à l'aide d'épingles. L'articulation ouverte a suppuré abondamment, mais enfin les parties adjacentes se sont affaissées et la fermeture de la plaie s'est accomplie. Maintenant que la femme est guérie, on trouve que le pouce a un peu maigri, il est partiellement luxé en arrière, mais il garde la position verticale ; ses mouvements volontaires se rétablissent un peu, dans le sens de la flexion, mais il y a de la raideur ankylosique à la base. Il n'est pas douteux néanmoins que ce doigt reprendra avec le temps une grande partie de son agilité et de sa force, et l'on peut affirmer que, grâce à la patience éclairée du chirurgien, cette conservation est un service réel rendu à cette jeune ouvrière, et pour l'exercice de son état, et pour l'ornement de sa main. Qu'on se rappelle combien une main sans le pouce est disgracieuse, inintelligente, surtout chez une jeune femme!

L'autre cas n'est pas moins remarquable. Il s'est présenté à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agit d'un homme, âgé de 40 ans passés, ouvrier dans une fabrique; il a eu également un doigt (le médius) de la main droite pris dans une mécanique à carder. Ce doigt a été arraché entre la première et la seconde phalange. Cet accident étant arrivé à peu de distance de l'hôpital, le patient est venu immédiatement à la consultation se faire panser; nous étions présent. Ce malheureux portait sa main enveloppée dans un mouchoir, et il souffrait vivement; du sang s'écoulait en nappe assez abondamment. A l'examen, on a trouvé le doigt pendant à une petite languette de peau à la partie latérale externe, de la largeur d'un centimètre; les tendons fléchisseurs et extenseurs étaient divisés, les surfaces articulaires disjointes et éloignées entre elles, puisque les deux dernières phalanges pendaient à la bandelette susnommée comme à un petit ruban. La partie pendante, au reste, était très inclinée vers la paume de la main, offrait une certaine difficulté à se laisser rapprocher du moignon restant, et le patient n'était venu à l'hôpital que pour subir l'ablation complète et être pansé ensuite. Malgré cet état défavorable, M. Jobert a tenté le recollement des parties qu'il a fixées à l'aide de trois épingles et de fils en 8. Une palette digitale garnie de charpie a servi pour le redressement complet des phalanges et l'immobilité de la main. Chose remarquable, ce doigt presque mourant, arraché, insensible, s'est parfaitement recollé, et son rétablissement n'est plus contestable aujourd'hui, un mois après l'accident. La plaie ne s'est pas réunie par première intention, elle a suppuré, et c'est par bourgeonnement que le greffement s'est opéré. Le doigt demeure immobile jusqu'ici ; mais en supposant qu'il restera dans le même état, il n'en est pas moins un bienfait rendu par l'art. Il est probable au reste que, fixés sur la première phalange, les tendons divisés serviront à quelques mouvements.

On voit déjà par ces deux faits, auxquels nous pourrions en ajouter d'autres, que, dans les petites articulations, les plaies n'ont pas les conséquences fâcheuses qu'on rencontre généralement dans les grandes, et on ne doit, par conséquent, se conduire de la même manière dans les deux cas. Là, dans les petites, la nature paraît offrir plus de ressources réparatrices, et l'on peut souvent espérer la réunion qu'il est essentiel de toujours tenter, malgré le délabrement excessif en apparence. Que l'articulation suppure abondamment, que les surfaces articulaires s'exfolient, que les parties enfin soient ou non luxées, il ne faut pas désespérer d'une sorte de restauration toujours utile, toujours préférable à celle qu'on obtient par l'amputation. C'est surtout au pouce que cette pratique conservatrice est d'un très grand intérêt, alors même qu'il doit en résulter une ankylose, car, nous le

répétons, une main sans le doigt opposant n'est qu'une sorte de palette inhabile. Nous avons à peine besoin de rappeler que dans ces occurrences les fomentations d'eau fraîche, sagement réglées, peuvent rendre de véritables services vers l'époque de la suppuration. La pratique que nous venons d'exposer n'est sans doute pas nouvelle, mais elle n'est pas malheureusement assez généralement suivie ; aussi avons-nous trouvé utile d'en relever toute la bonté et l'importance.

Le ramollissement hématique du col utérin, autrement dit *ramollissement fongueux*, *ramollissement hémorrhagique*, constitue une des affections les plus fréquentes de l'organe gestateur, et pourtant on ne la trouve qu'à peine indiquée dans les auteurs. Nous venons d'étudier avec soin cette importante altération sur plusieurs malades de l'hôpital Saint-Louis (service de M. Jobert) ; la chose est d'autant plus essentielle à connaître, que le mal dégénère en affection maligne s'il n'est pas attaqué à temps et convenablement, tandis qu'à cette période sa guérison est constante dans l'espace de deux à trois mois; du moins nous l'avons vu guérir chez toutes les femmes de l'hôpital où nous l'avons observé. Disons d'abord qu'on ne doit pas confondre le ramollissement en question avec le ramollissement *pultacé* que nous avons décrit dans un autre article, et qui est aussi lui-même hémorrhagique (t. 2, p. 304, 380). Bien qu'au fond ces deux ramollissements ne soient qu'une seule et même maladie, néanmoins le ramollissement de forme hématique est plus grave, puisqu'il devient le point de départ d'une végétation fongueuse, analogue au fongus hœmatodes ou aux tumeurs érectiles accidentelles. Voici les traits caractéristiques de l'affection :

Le col utérin atteint de ramollissement hématique s'offre avec hypertrophie générale ou partielle; il présente tantôt la forme d'un bec de grue ou de perroquet, selon que l'hypertrophie est plus prononcée à la lèvre antérieure ou à la postérieure ; tantôt une forme acuminée qui rappelle celle d'un jouet d'enfant qu'on nomme toupie : c'est lorsque les deux lèvres sont au même degré hypertrophiées. Dans d'autres cas, le développement est périphérique aux deux lèvres, et le museau de tanche, épaissi, présente la forme d'un melon. Sur la face antérieure du col ainsi déformé, il existe une ou plusieurs taches sanguines (c'est là le trait caractéristique), couleur lie-de-vin, profondes, épaisses, mais très apparentes, analogues à des ecchymoses ou plutôt à des taches très prononcées de purpura. Le plus souvent il n'y a qu'une seule tache hématique; elle occupe soit la lèvre inférieure, soit la supérieure, et se prolonge dans le goulot du col ; son étendue est comme une pièce de deux francs environ. Cette forme coïncide ordinairement avec l'hypertrophie melonnée. Dans d'autres cas, la tache, de même grandeur que la précédente, occupe le centre des deux lèvres et se prolonge pareillement dans le goulot. Lorsque l'hypertrophie est à bec de grue ou de perroquet, la tache est plus petite et se trouve au sommet, et elle ne paraît pas toujours se prolonger en arrière. Il est des cas où il existe deux, trois taches distinctes à la fois; elles sont alors plus petites, mais il en est toujours une qui est plus grande que les autres, qu'on peut appeler principale, et qui se prolonge le plus souvent dans le goulot.

On ne confondra pas ces taches hématiques, couleur lie-de-vin, ternes, épaisses, infiltrées, analogues à certains *nœus* sanguins, avec la tache qu'on observe sur l'ouverture du museau, à l'approche des règles, pendant leur écoulement ou aussitôt après leur cessation. Cette tache est superficielle, claire, disparaît par l'abstersion, et ne s'accompagne d'ailleurs pas d'hémorrhagies comme l'autre, alors même qu'elle se rencontre avec hypertrophie. Le caractère propre du ramollissement hématique, c'est de donner des fleurs blanches sanguinolentes, de reproduire les règles deux, trois, quatre fois dans le mois, d'obliger la femme à être toujours garnie, de l'affaiblir considérablement. Si l'on touche la tache avec un pinceau d'agarie ou de charpie, elle le teint en rouge, comme si on pressait sur un caillot sanguin un peu ferme. Quelquefois on voit sur l'une des lèvres une petite tache de la largeur d'une lentille, de forme infundibulaire, qui se prolonge en arrière vers le goulot par un véritable trajet fistuleux, et qui laisse suinter du sang. Le reste du col sécrète de la matière purulente, et l'on voit descendre de la fente du museau une nappe de liquide puriforme qui va s'amasser au fond du vagin.

L'affection en question, nous ne l'avons rencontrée que sur des sujets jeunes, ou du moins entre 25 et 40 ans, de constitution molle, lymphatique, ayant fait des enfants ou subi des exercices génitaux excessifs. C'est évidemment une phlogose chronique au fond, et elle ne diffère du ramollissement pultacé, ainsi que nous venons de le dire, que par la présence des taches hématiques. La distinction cependant est importante; car ici le mal est plus grave, prêt à s'ulcérer, à végéter, à produire un fongus dont on ne peut prévoir toutes les conséquences. Il est probable qu'il est des cancers incurables du col, qui n'étaient en origine que des affections du genre de celles dont nous parlons. La matière cancéreuse en effet peut se déposer aisément au milieu de ce tissu ramolli, ce qui ne veut pas dire que tous les cancers de cette région ne débutent que de la sorte. On ne le sait pas trop, par la raison que les patientes en se font examiner que tardivement, et que les chirurgiens ou les accoucheurs n'explorent les parties qu'à l'aide du seul toucher. Il en est peu, en effet, qui fassent un usage convenable du spéculum. L'on se trouve ainsi dans la même obscurité fâcheuse que les médecins qui n'auscultent ni ne percutent. Nous ne craignons même pas d'ajouter que peu de chirurgiens des hôpitaux de Paris retirent du spéculum tous les avantages possibles. Le maniement de cet instrument exige de l'habitude comme le sthétoscope, pour bien voir, bien apprécier l'état des choses. Nous avons déjà consacré un article sur cet important sujet. Les anciens faisaient usage du spé-

culum, puisque cet instrument se trouve figuré dans les livres du dix-septième siècle. Du temps de Morgagni, l'usage en était si répandu en Italie, à ce qu'il paraît, que cet auteur dit qu'on était parvenu jusqu'à se servir de spéculum en cristal. Chose incroyable cependant; dans une brochure récente, d'un médecin de Paris, extraite de la Gazette médicale, on proclame M. Récamier l'inventeur du spéculum! Et ce savant médecin tolère, sans répondre, une pareille monstruosité! — Lire, à quoi bon? Est-ce que toute la science n'a pas été créée de nos jours, et en deçà des barrières!!! Il est à désirer que les chirurgiens et les accoucheurs comprennent bien toute l'importance de l'usage du spéculum et n'accordent pas au *toucher* plus de valeur qu'il ne mérite dans le diagnostic des maladies du col.

Quant au traitement du ramollissement hématique, nous n'avons que quelques mots à dire. Constamment le mal a guéri, à l'aide de la cautérisation au fer rouge, chez les femmes que nous avons observées. Le bouton de feu est porté sur la tache sanguine elle-même qui est le point le plus ramolli, et sur ses alentours; on y fait une bonne escarrhe qu'on répète plusieurs fois, à la distance de huit à quinze jours, jusqu'à guérison. La femme n'accuse pas la moindre douleur, et *jamais* nous n'avons vu le moindre accident sur plusieurs centaines de femmes cautérisées ainsi pour des maladies diverses que nous avons suivies à Saint-Louis. Nous savons bien que la prévention est grande contre ce moyen, qu'on craint et qu'on suppose l'apparition d'accidents; mais c'est là une erreur complète; il faut entendre d'abord le langage des faits; or, ce langage a été clair et constant pour nous, et l'on peut, nous supposons, nous croire; car les mots *jamais* et *toujours* ne se présentent pas souvent sous notre plume. Le premier effet du fer rouge c'est d'arrêter la métrorrhagie et de permettre à l'organisme de se relever, de prendre des forces, de l'embonpoint et des couleurs. Les règles cessent tout à fait pour quelques mois; les fleurs blanches diminuent et perdent le caractère rosé: elles deviennent purulentes, puis muco-purulentes, enfin tout à fait muqueuses, claires et peu abondantes. Le col est flétri petit à petit, et la guérison s'effectue d'une manière complète. Vers la fin, on remplace quelquefois le fer rouge par le nitrate acide de mercure. Ces cures sont généralement durables; car nous avons eu l'occasion d'examiner de nouveau quelques-unes de ces femmes plusieurs mois après leur sortie de l'hôpital.

Hôpital de la Charité (M. VELPEAU).

CANCERS GRAVES. *Résultats heureux de l'acide sulfurique solidifié.* — Les expériences cliniques que M. Velpeau avait entreprises à la Charité avec le caustique noir dont nous avons déjà entretenu plusieurs fois nos lecteurs, ont été continuées avec persévérance, et nous pouvons déjà aujourd'hui faire connaître quelques résultats dignes de fixer l'attention des praticiens. Un premier fait capital qui résulte de ces expériences et que nous avions déjà signalé d'avance dans plusieurs articles que nous avons donnés sur le traitement qui convient au cancer, concerne l'action dynamique, profonde, irradiante, et inhérente à l'absorption de la substance cautérisante. Un homme âgé, de la campagne, portait un affreux cancer à la lèvre inférieure, laquelle était lardacée, d'une épaisseur énorme et extroversée comme une tranche de lard roulée sur elle-même. Malheureusement, en même temps, un ganglion sous-maxillaire, du volume d'un œuf, existait au côté droit, circonstance aggravante qui, jointe à l'étendue de la dégénérescence labiale et à l'âge avancé du sujet, contre-indiquait l'opération sanglante. M. Velpeau a attaqué le mal de la lèvre à l'aide de la pâte sulfurique déposée en grande abondance sur la surface du mal: la lèvre s'est trouvée détruite. Rien n'a été opposé à la tumeur ganglionnaire. Chose remarquable, aussitôt que le cancer labial a été carbonisé par la pâte, le ganglion a perdu sa tension, a diminué de volume et, petit à petit, il a fini par disparaître. La croûte noire qui couvrait la lèvre s'est desséchée, indurée, comme un corps sémi-métallique, puis ratatinée; l'odeur infecte, l'aspect lardacé horrible de la végétation ont disparu; et enfin, à la chute de la croûte, la portion mentonnière des téguments s'est trouvée spontanément remontée; une nouvelle lèvre, un peu plus courte à la vérité, a pris la place de la première, et le malade s'est trouvé dans un état très satisfaisant, ce qui ne veut pas dire qu'il est guéri radicalement. Le point essentiel que nous voulions faire constater quant à présent, c'est l'action à distance du médicament, action irradiante, dynamique ou par absorption, à laquelle nous attachons une très grande importance, et la raison des résultats meilleurs que donnent les caustiques potentiels relativement au bistouri dans cette maladie.

Un homme d'une quarataine d'années est entré à l'hôpital de la Charité pour un carcinome énorme à la pommette du côté gauche; son apparence était sordide et des plus fâcheuses. Cependant il n'y avait pas de ganglions développés aux alentours. M. Velpeau l'a attaqué à l'aide de la pâte sulfo-safranée; la masse s'est affaissée, carbonisée, indurée; les tissus ambiants, qui étaient durs dans un rayon assez large, sont devenus souples; la croûte noire s'est ratatinée, de plus en plus atrophiée; enfin le chirurgien l'a ébranlée et décollée avec les mains, en notre présence, et les tissus sous-jacents se sont trouvés dans un état parfaitement sain; la cicatrisation complète s'est achevée en peu de jours. La croûte qu'on a enlevée ressemblait pas mal à un couvercle un peu brûlé d'une pâte qu'on appelle vol-au-vent en terme culinaire. Deux choses ont dû frapper dans ce fait: le ramollissement des tissus circonvoisins du cancer ou leur retour à l'état normal, et l'anéantissement de la masse cancéreuse qui s'est trouvée détruite par le travail chimique dévorant, et réduite en définitive à une simple croûte, comme si la partie eût été cuite au four.

Dans un cas de kéloïde au poignet, dont nous avons donné la description dans un des derniers numéros, la pâte sulfurique n'a été employée que sur un cercle moyen de la tumeur, l'escarrhe s'est limitée là; et pourtant les parties profondes et périphériques de la masse morbide, qui n'avaient pu être frappées directement par le caustique, se sont trouvées également modifiées; elles se sont ramollies, fondues, ont marché vers la résolution et acquis partout, sauf quelques petits points isolés, les conditions de l'état normal: tout fait espérer une guérison complète. Encore ici, l'action dynamique ou par absorption a été évidente; M. Velpeau l'a parfaitement constatée avec nous. — Chez un quatrième malade, le cancer avait envahi le nez, dévoré

la base de cet organe, et rendait impossible l'action précise du bistouri. La pâte sulfurique en a fait justice; l'escharre n'était pas encore tombée quand nous l'avons vue pour la dernière fois. Nous pourrions citer d'autres faits analogues de la clinique de la Charité si cela était nécessaire pour établir les bons effets du caustique en question.

— Revenir encore de nos jours, à l'étude des caustiques potentiels dans le traitement du cancer, c'est peut-être, aux yeux de certaines personnes, chose superflue, inutile; car cela n'est que trop banal! Il en est autrement cependant si l'on veut se placer au point de vue dynamique où nous visons dans cette question. Ici tout est à faire, et la science et la pratique attendent de nouvelles lumières. Il ne faut pas oublier, au surplus, que les expériences anciennes n'offrent pas, à cet égard, toute la précision désirable, soit parce que les secours d'une chimie éclairée manquaient tout à fait, soit parce que le cancer n'était envisagé que d'après des idées pathologiques complétement erronées. On se rappelle peut-être que, dans les articles que nous avons consacrés à l'étude du cancer, nous sommes arrivés à cette conclusion : que l'on devait considérer cette maladie, dans la localité, comme un simple produit de sécrétion vasculaire, principalement lymphatique; et dans la constitution, à l'état de diathèse, comme une subartérite lente, spéciale, analogue à la chlorose simple ou syphilitique. La conséquence de ces études, c'était que l'indication thérapeutique générale du cancer devait avoir pour base, non les toniques et les excitants, ni les opiacés comme on les ordonne généralement, mais bien les hyposthénisants dynamiques à action élective vasculaire, tels que les ferrugineux, les mercuriaux, le quinine, la ciguë, la belladone, etc, ce qui n'est guère en désaccord avec une alimentation substantielle; que, d'autre part, la médication locale était d'autant plus heureuse qu'elle atteignait l'atmosphère vasculaire sécrétante. Cela ne veut pas dire qu'en coupant très profondément, en enlevant une grande quantité de parties molles, on guérirait mieux; par la raison que le travail morbide spécifique est tellement irradié qu'il reste insaisissable à nos lames tranchantes; aussi le mal reparaît-il le plus souvent dans les ganglions lymphatiques ou ailleurs, soit par récidive de l'affection déjà guérie, si cela a lieu plusieurs années après; soit par extension du mal si le retour ne tarde que de quelques mois.

Il s'ensuit que si, au lieu du bistouri, on emploie un caustique à action hyposthénisante vasculaire, ainsi que le sont la plupart des composés minéraux, sels ou acides, on agit ainsi et sur le produit matériel et sur la condition vasculaire qui le sécrète, car l'absorption est inévitable; et nous attribuons à cela les succès plus durables des caustiques relativement au bistouri.

Tout cela est de la théorie, dira-t-on? Regardez cependant, dans les faits ci-dessus, cette disparition du ganglion sous-maxillaire, ce ramollissement heureux des tissus périphériques indurés, ces guérisons simples et nettes par les caustiques! Est-ce là de la théorie? Nous ne voulons, avant tout, que des faits bien observés; mais qu'on ne vienne pas bâillonner les travailleurs, entraver le progrès de la science par ce mot sacramentel, *théorie*, que la routine grossière oppose à chaque pas aux hommes qui s'efforcent de relever l'art par des inductions philosophiques basées sur des faits. Est-ce que les chimistes, les physiciens, les géologues, les botanistes n'ont pas leurs théories? Nous pouvons nous tromper, mais nous croyons que l'étude clinique du cancer au point de vue dynamique que nous venons d'énoncer, paraît offrir des ressources thérapeutiques nouvelles, dignes d'attention. Assurément la pratique n'aura rien à perdre par les nouvelles expériences; car il est facile de démontrer que les médications suivies jusqu'à présent sont ou nulles, ou absurdes sinon nuisibles.

Hôpital Saint-Louis (M. Jobert).

Ankylose grave au coude. *Guérison prompte à l'aide de l'appareil de M. Rault.* — Une femme, âgée d'une trentaine d'années, était entrée à l'hôpital, il y a treize mois aujourd'hui, pour une brûlure grave à la face postérieure du coude. Elle était au devant d'un rechaud plein de charbons allumés lorsqu'elle fut étourdie et tomba; son bras avait essuyé une escarrhe profonde depuis le sommet du coude jusqu'à six travers de doigts au dessus. Il en résulta une plaie considérable, profonde, intéressant probablement l'articulation elle-même. C'était bien un cas d'amputation; mais, soit que la malade s'y soit refusée, soit que le chirurgien ait eu confiance dans le traitement conservateur, l'ablation du membre ne fut point pratiquée, et l'on peut s'en applaudir aujourd'hui. La plaie finit par guérir à la suite d'une suppuration très longue et de souffrances nécessairement vives. Il en est résulté une masse considérable de tissu inodulaire sur l'olécrâne et au dessus, masse profonde, adhérente et paralysant l'action du triceps brachial dont l'attache inférieure se trouvait gênée sinon détruite en partie. L'avant-bras s'est petit à petit tourné dans la demi-flexion pendant le travail suppuratif, et telle était la douleur que la malade ressentait au moindre attouchement, que toute tentative de redressement avait été impossible jusqu'à présent. L'ankylose était donc arrivée presque à angle aigu, ligamenteuse, très résistante. Craignant de provoquer de nouveaux accidents, et après de si longues douleurs, M. Jobert avait eu la pensée de renvoyer cette malade et de lui laisser le membre ankylosé, sauf à entreprendre plus tard la cure de cette difformité, lorsque M. Rault, de Saint-Bieuc, a présenté à l'Académie l'appareil dont nous avons parlé dans le dernier numéro, p. 111. M. Jobert s'est donc empressé de l'essayer chez cette malade, et, chose remarquable et heureuse, en trois semaines le membre a été parfaitement redressé sans le moindre accident. Aussitôt le redressement obtenu, on a cessé de faire usage de l'appareil, et l'on se sert de simples exercices passifs exécutés avec les mains. Le coude est encore douloureux; mais le repos, les topiques émollients et résolutifs acheveront cette belle cure, si remarquable à tant d'égards.

— Les appareils qu'on possédait déjà pour le redressement des membres ankylosés offraient une foule d'imperfections graves; ils étaient compliqués, douloureux et pour le membre et pour la bourse des pa-

tients; souvent ils occasionnaient des escarrhes, et en définitive leur puissance restait souvent au dessous des indications curatives. La petite machine de M. Rault n'étant composée que d'une gouttière et d'une simple verge en fer, mue par une vis brisée, peut être reproduite par tout, son prix ne s'élevant pas au dessus d'une vingtaine de francs; elle s'applique indifféremment au membre droit, comme au gauche, soit supérieur, soit inférieur. Ses effets sont doux, gradués et puissants, ce qui la rend réellement digne d'attention.

Blessure de la trachée. *Emphysème.* — Un homme, âgé d'une cinquantaine d'années, s'est coupé la gorge d'un coup de poignard, après avoir essayé de poignarder sa femme. L'instrument a divisé horizontalement le milieu du cartilage thyroïde, en faisant une plaie aux téguments de cinq à six centimètres d'étendue. Le patient n'a été transporté à l'hôpital que le lendemain; les bords de la plaie externe étaient déjà recollés à cette heure, bien que faiblement. A l'examen, on a trouvé une large ecchymose autour de la plaie et un emphysème très prononcé sur la partie antérieure du cou, sur les parties latérales, gagnant les clavicules et les épaules, et sur toute la moitié supérieure du thorax. Nous n'avons vu ce malade que le quatrième jour de son entrée; l'emphysème existait encore, il était très prononcé. Le patient était couché, la tête très haute et inclinée en avant, afin de maintenir rapprochés les bords de la plaie. Autour da la blessure on observait sous la peau une tumeur du volume d'un œuf de poule, formée sans doute par du sang épanché. La voix était un peu voilée, rauque, tandis qu'auparavant elle était forte. Dyspnée légère. Plaie cicatrisée. Pouls fort. M. Jobert s'est abstenu de saigner ce malade, dans la crainte de favoriser trop promptement l'absorption de l'air épanché par l'aspiration des veines du plexus thyroïdien, qui devaient avoir été divisées. Cette crainte cependant n'est pas fondée, ainsi que M. Jobert l'a reconnu avec nous. Au reste, ce malade peut être aujourd'hui regardé comme guéri.

— L'emphysème n'est pas un phénomène ordinaire des plaies du larynx. Des circonstances particulières qu'on rencontre très fréquemment peuvent seules le produire, et pourtant ces circonstances n'ont pas été signalées par les auteurs qui ont parlé de ces sortes de blessures par instrument tranchant. Ces circonstances consistent dans la cicatrisation très prompte de la plaie dermique avant la plaie trachéale. L'air inspiré et expiré trouve ainsi un diverticulum à travers l'ouverture accidentelle et le tissu cellulaire ambiant. On comprend que si l'on omettait de tenir la tête du malade fléchie en avant, l'extravasation aérienne pourrait prendre de très grandes dimensions. L'emphysème extra-thoracique étendu est un accident rare dans les hôpitaux de Paris : aussi n'en connaissons-nous les conséquences et les phénomènes propres que par la seule description des auteurs anciens. L'observation précédente prouve, au reste, l'inutilité de la suture dans ces sortes de plaies, et c'est là un point important dans l'état actuel de l'art.

Hôpital Beaujon (M. Robert).

Spermatorrhée. *Bons effets du seigle ergoté et du camphre.* — Un jeune homme, âgé de 25 à 30 ans, d'assez bonne constitution, mais d'une maigreur, d'une pâleur et d'une faiblesse effrayantes, était arrivé à cet état de dépérissement par suite de pollutions nocturnes involontaires depuis quatre mois. Il éprouvait jusqu'à cinq ou six spermatisations chaque nuit. Son appétit avait diminué, son intelligence baissée et sa peau était sèche. Il marchait vers un marasme funeste, et sa physionomie rappelait plutôt celle d'un singe phthisique que celle d'un homme qui aurait éprouvé des hémorrhagies abondantes. Sa pâleur était terreuse, son visage terne; ses membres rappelaient plutôt la forme du ratatinement sénile que de la maigreur ordinaire à son âge, et son pouls était chlorotique, petit, cordé, saccadé, érectile, comme ses corps caverneux. C'est là un type singulier de maigreur qu'on pourrait appeler *atrophie séniliforme* des jeunes gens, et que nous n'avions rencontrée autrefois que dans quelques séminaires jésuitiques du midi. L'intelligence est obtuse, hébétée; le jugement faible, la mémoire et l'attention nulles. On dirait en vérité que l'encéphale se déverse dans les glandes scrotales et s'échappe par les canaux éjaculateurs! Ce jeune homme nous a avoué que son mal s'était déclaré à la suite d'abus de masturbation. On l'avait déjà traité en ville sans succès. M. Robert avait aussi essayé plusieurs moyens, sans en exclure la cautérisation uréthrale, sans plus d'avantage. Nous avons prié M. Robert d'essayer le seigle ergoté avec le camphre, comme remèdes hyposthénisants à action élective vers l'appareil génital; car, bien que la faiblesse générale fût extrême, il n'était pas moins certain que cet appareil fût le siége d'un état congestionnel. Des pilules ont donc été formulées ainsi : P. seigle ergoté en poudre de bonne qualité, 10 centigr. (2 grains); camphre pulvérisé, 5 centigr. (1 grain); m., f. pil. j. Préparez vingt pilules d'après cette formule; à prendre une le matin et une le soir. Peu de jours après l'usage de ces pilules, les pollutions ont complétement cessé, le malade a pris des forces, de l'embonpoint, de la couleur et de l'énergie intellectuelle. Dans cet intervalle, on a aussi continué à cautériser, comme par le passé, une fois tous les douze ou quinze jours. L'effet des pilules a été des plus incontestables; car le patient sous a fait remarquer que, dès qu'il cessait d'abord leur usage, les pollutions repararaissaient, et aujourd'hui encore il est obligé, pour consolider la cure, d'insister sur le même moyen. Il quitte bien portant l'hôpital avec la prescription de continuer encore, mais à une moindre dose le remède. Nous avions déjà guéri nous-même un cas pareil par le même moyen, il y a plusieurs années, sur un jeune homme, horloger au Palais-Royal, marié depuis un an, et réduit à une sorte de désespoir qui le portait au suicide, par suite de pollutions involontaires. La guérison eut lieu par les seules pilules ergotiques, sans cautérisation.

— On a beaucoup écrit sur la maladie en question. Un livre récent a même été publié sur elle, dans lequel on trouve de si étonnantes observations, et surtout des conclusions si biscornues. Cherchez-y cependant la condition pathologique démontrée par le scalpel; vous n'y trouverez que des hypothèses, du vague. On fait jouer au système nerveux le plus grand rôle dans cette affection comme dans toutes celles qu'on n'a pas bien comprises; on se jette quelquefois dans l'état des humeurs, et l'on ne trouve en définitive pour traitement d'une affection essentiellement dynamique que des remèdes purement mécaniques. Le cautère sus-pubien, par exemple, serait au nombre des choses indifférentes si son usage ne produisait beaucoup de

douleurs inutiles. Il existe cependant dans la science un fait capital qui jette le plus grand jour sur la nature de cette maladie ; il est dû à Lobstein, de Strasbourg. Il s'agit d'un jeune homme qui a présenté à l'autopsie une phlogose suppurante des vésicules séminales. Avant cette période si avancée, le mal n'était donc qu'à l'état de simple phlogose chronique, et l'on est frappé de la ressemblance qui existe entre une pareille spermatorrhée et l'incontinence urinaire par phlogose du col vésical. Ce n'est là sans doute qu'un trait de lumière qui met dans la bonne voie d'étude de cette affection, et il est probable que chaque médecin y reconnaîtra un fond frappant de vérité ; mais l'effet de la médication ergotique et camphrée est bien autrement important. Nous avons à peine besoin de faire remarquer que l'action du seigle, ainsi que celle du camphre, n'opèrent autrement qu'en vertu de leur action antiphlogistique élective, ce qui confirme l'opinion que nous venons d'exposer sur la nature de la maladie. Ajoutons enfin que, pour les cas de ce genre, qui s'accompagnent de priapisme, la science offre encore un autre secours très puissant, c'est l'emploi très abondant d'une pommade camphrée (parties égales de camphre et de graisse) au périnée, à la verge et au pubis, qu'on enveloppe dans un cataplasme, pendant la nuit seulement.

Fracture des os et du carpe. — Un ouvrier, jeune, vigoureux, s'est jeté d'un second étage dans la rue ; il est tombé sur la plante du pied et sur le poignet du côté droit. Ces deux membres sont gonflés, contus, ecchymosés. L'examen ne fait cependant reconnaître au pied et à la jambe aucune lésion. Au poignet, l'empâtement, la douleur et la forme du membre font d'abord soupçonner une fracture soit du radius, soit du cubitus ; l'exploration attentive cependant, faite par plusieurs jeunes chirurgiens qui suivaient la visite, n'a pas confirmé cette présomption. En pressant néanmoins d'arrière en avant sur la partie supérieure du carpe, c'est-à-dire de la face dorsale vers la face palmaire, on produit une crépitation et un enfoncement, précisément au niveau des os de l'avant-bras. Pour s'assurer que la lésion n'appartenait pas à la partie inférieure de l'articulation, voici le procédé qu'on est convenu de mettre en usage et qui a le mieux réussi : On explore d'abord les os de l'avant-bras, d'après le procédé que suit M. Roux ; c'est-à-dire, on fléchit légèrement l'avant-bras ; on saisit la main blessée avec la main gauche, et l'on roule un grand nombre de fois le membre de la pronation à la supination, en attendant qu'avec les doigts de l'autre main le chirurgien tâte successivement le radius et le cubitus à différentes hauteurs, et s'assure de la netteté de ses roulements. Il est clair que si l'un des deux os est fracturé, la crépitation doit devenir par là manifeste ; et d'ailleurs si l'os est fracturé, il ne reçoit pas au dessus l'impulsion de roulement, excepté dans les cas rares de fracture avec engrenage. Cette première exploration ayant donné un résultat négatif, on passe à une seconde exploration qui consiste à fixer fortement les apophyses styloïdes entre les doigts d'une main, et l'on imprime au poignet blessé des mouvements de flexion et d'extension en même temps qu'on comprime avec les doigts la région carpienne. Par cette manœuvre on a produit une crépitation qui ne s'est pas communiquée aux apophyses styloïdes, preuve évidente que la fracture régnait dans la régien carpienne supérieure. C'est précisément ce qui a formulé le diagnostic chez ce malade. On comprend combien ces simples notions sont importantes dans les cas de ce genre.

Hôtel-Dieu (M. Blandin).

Ligature du col utérin. *Opération nouvelle.* — M. Blandin pratique depuis un an à l'Hôtel-Dieu et en ville une opération nouvelle pour enlever certains cancers du col utérin, et qui consiste dans l'emploi d'une ligature au dessus de la végétation morbide, comme s'il s'agissait d'un polype. Nous avons dû attendre les résultats de cette pratique avant d'en faire part à nos lecteurs. Nous pouvons aujourd'hui faire connaître des faits dignes de l'attention des chirurgiens. Disons d'abord, quant aux indications, que M. Blandin n'a opéré de la sorte jusqu'à présent que les cas dans lesquels le cancer était mou, insaisissable aux tractions des pinces pour être coupé avec le bistouri, et en même temps limité en avant, pédiculé en haut, et offrant des conditions d'inaltérabilité sur le pédicule. Cette forme de cancer est déjà très fréquente et déclarée tout à fait incurable dans l'état actuel de l'art, l'amputation avec le bistouri ne lui étant pas applicable, soit parce que le col est trop mou, trop facile à déchirer pour exercer des tractions sur lui et l'emmener au dehors pour l'attaquer avec le bistouri, soit parce que les résultats immédiats de cette opération ont été généralement fâcheux. Que si le mal offrait une forme conique, à sommet antérieur, de manière à ne pas donner prise à la ligature, M. Blandin a recours à un artifice ingénieux pour créer à la tumeur une sorte de collet artificiel et la rendre accessible au fil, à telle hauteur qu'il le désire : ce moyen consiste à embrasser d'abord la tumeur sur sa limite saine dans les griffes d'une bonne pince de Museux, qu'il laisse en permanence dans le vagin, en liant les branches de cette pince avec un fil. De cette manière, la pince fait corps avec le mal, et la ligature est parfaitement passée et retenue au dessus des griffes Les instruments et les règles de cette application de la ligature sont les mêmes que pour les polypes utérins.

Une jeune femme, âgée de 25 à 30 ans, est entrée dernièrement à l'Hôtel-Dieu pour des pertes utérines abondantes ; sa maigreur, sa faiblbesse étaient effrayantes. Le toucher a fait constater un champignon du volume du poing dans le vagin, venant du col. Il était urgent d'arrêter le sang. Dans ce but, comme dans celui d'enlever cette source d'infection, M. Blandin s'est hâté de passer une ligature autour du pédicule. Le sang a été arrêté sur-le-champ, la femme n'a point souffert de l'opération, elle s'est sentie mieux les jours suivants ; pas d'accidents. Les fils et la tumeur sont tombés le huitième jour. Déjà à cette époque la patiente avait pris des forces ; mais tout le mal n'avait pas été enlevé. Une seconde végétation du volume d'un œuf de poule restait encore ; elle provenait de la lèvre postérieure du col, tandis que la précédente émanait de la lèvre antérieure. M. Blandin l'a liée à son tour, et elle est tombée le dixième jour (24 juin). La femme continue à prendre des forces et de l'embonpoint, elle mange et digère bien, son teint anémique disparaît. M. Blandin l'examinera au spéculum, et il achèvera la cure à l'aide d'applications répétées d'un fer incandescent ou de caustiques potentiels. — Une seconde femme, âgée de quarante ans passés, se trouvant dans le même cas que la précédente, a été opérée ce matin (24 juin) de la même manière par M. Blandin. Nous avons touché cette femme avant l'opération, et nous avons constaté la présence d'un champignon saillant en avant, du volume d'une petite orange, pédiculé et dur en haut, se

laissant écraser par un léger attouchement et donnant abondamment du sang lie-de-vin, très fétide. — Deux autres femmes ont été opérées de la sorte en ville, il y a plus d'un an, par M. Blandin, avec un succès complet; ces deux cas avaient été déclarés incurables par plusieurs notabilités chirurgicales.

— Nous aurons à revenir sur cette opération à l'occasion de nouveaux cas qui sans doute se présenteront dans le service de M. Blandin. Ce que nous désirions faire connaître aujourd'hui, c'était l'énoncé du fait fondamental, comme une ressource d'une grande importance, sinon curative, du moins palliative, temporisatrice, et en même temps exempte des dangers qu'on reproche avec raison à l'amputation du col avec le bistouri. A ce point de vue, il est évident que la ligature est également applicable aux tumeurs dures du col. C'est déjà un précieux secours que de pouvoir arrêter l'hémorrhagie par un pareil moyen et permettre à la femme de reprendre des forces, de vivre quelque temps encore. Assurément, on n'a pas par là la prétention de guérir la diathèse cancéreuse; mais s'il est vrai que la marche de cette diathèse est accélérée par l'infection incessante que la résorption opère, n'est-il pas évident que l'ablation du foyer infectant est déjà un bienfait de quelque importance? Il nous semble que ce premier point de l'absence de tout danger, par la ligature, une fois bien établi, la pratique dont il s'agit doit être d'autant mieux acceptée, qu'elle n'empêche pas d'employer les caustiques après elle, pour réprimer les repullulations, ni de traiter l'état constitutionnel.

PROPOSITIONS CLINIQUES.

Résection des côtes. — Cette opération peut être considérée comme une des plus graves de la chirurgie, lorsqu'on la pratique pour une carie ou une nécrose. Pendant quelque temps, après l'opération, les choses semblent aller à merveille, et l'on se flatte d'une guérison prochaine, lorsque les malades sont pris de frisson, de fièvre intense, et ils succombent peu de temps après. A l'autopsie, on trouve des abcès dans les poumons près de la plaie. Nous avons vu plusieurs fois pratiquer cette opération par M. Roux, et dernièrement encore par M. Blandin; tous ces malades sont morts, 15 jours à 2 mois après.

Amputation de la mâchoire inférieure. — Dans l'état actuel de l'art, le meilleur procédé pour pratiquer cette opération, consiste à faire une incision courbe à la partie supérieure du cou, parallèle au bord inférieur de la mâchoire, sans fendre la lèvre ni ses commissures; à disséquer le lambeau supérieur, à le détacher des gencives et du bord alvéolaire; à le jeter en haut vers le nez; puis, à l'aide d'une scie à chêne qu'on passe de l'intérieur de la bouche au moyen d'une aiguille courbe vers le bord inférieur de l'os, à diviser celui-ci de bas en haut. Le pansement n'exige ensuite qu'à abaisser le lambeau, après avoir arrêté le sang; à réunir la plaie sous-maxillaire à l'aide d'une bandelette collante; à remplir mollement le vide osseux du côté de la bouche à l'aide de charpie, et attendre le bourgeonnement cicatrisant. Une jeune femme, opérée ainsi dernièrement par M. Velpeau, a guéri très rapidement, sans présenter de cicatrice visible à la lèvre. Il est néanmoins des cas où ce mode opératoire n'est point applicable : c'est lorsqu'il s'agit de nécrose invaginée, ou d'autre maladie volumineuse de l'os, avec altération à la peau. Dans un cas de ce genre opéré dernièrement par M. Blandin, ce praticien nous a fait observer six mois après que la nature avait remplacé l'os enlevé par une bride fibreuse extrêmement puissante, de forme laminée, absolument comme l'os excisé et imitant assez bien le bord alvéolaire dépourvu de dents qu'on rencontre chez les vieillards. La femme mange et parle parfaitement, malgré l'énorme ablation qu'elle avait subie.

Excision de la lèvre inférieure. — La méthode de l'excision en croissant de la lèvre inférieure, qu'on attribue à Dupuytren, aurait été pratiquée par Ant. Dubois avant lui, et antérieurement encore par Camper, au dire de M. Velpeau.

Grossesse extra-utérine. — On peut assez souvent reconnaître, à certains antécédents et au toucher par le rectum, qu'une tumeur hypogastrique résulte d'une grossesse extra-utérine. Le toucher rectal fait sentir en effet un corps dur, bosselé, qui pèse sur la paroi antérieure du rectum. Ce corps est formé par la tête ou par les pieds de l'enfant, et souvent il arrive qu'il perce le rectum. Chez une femme qui se trouve en ce moment à Saint-Louis, le diagnostic a pu être posé d'une manière assez probante, d'après le seul toucher rectal, malgré que l'intestin conserve d'ailleurs toute son intégrité. M. Jobert se propose probablement d'opérer cette femme.

TOXICOLOGIE.

INTOXICATION MERCURIELLE.

Empoisonnement par 2 grammes (40 grains) de sublimé corrosif. Guérison par M. James Andrew, médecin à l'Infirmerie royale d'Édimbourg. — Marguerite M'Leod, âgée de 65 ans, occupée comme blanchisseuse, a été reçue à l'infirmerie royale le samedi 28 sept. 1844, à onze heures et demie du soir, après avoir bu de la liqueur (wisky) contenant du bichlorure de mercure; voici dans quelles circonstances : Elle était à travailler de son état dans un établissement des environs de Cowgate, lorsque, entre 4 et 5 heures du soir, elle avait bu du thé avec les personnes de la maison, et elle avait continué à travailler jusqu'à 10 heures de la soirée sans prendre aucun aliment depuis le thé. A cette heure, la maîtresse de la maison, qui était restée seule avec elle, lui a proposé, à raison du rude travail qu'elle soutenait, de prendre un peu de liqueur pour se rafraîchir. La maîtresse est entrée dans sa chambre, et a apporté une fiole contenant six onces d'eau-de-vie (wisky). La femme en a bu la moitié d'un seul trait. Aussitôt après, elle ressent un très mauvais goût dans la bouche; deux ou trois minutes plus tard, elle éprouve des nausées, puis elle vomit. Dans ces entrefaites, le maître de la maison et plusieurs autres personnes arrivent; on s'aperçoit alors que la liqueur qu'on avait donnée par mégarde n'était autre qu'une solution alcoolique de sublimé. Bientôt la femme se plaignait de chaleur brûlante à l'estomac et à la gorge. On administre un émétique, suivi de boissons abondantes d'eau chaude. Elle a vomi beaucoup, mais elle n'a point été soulagée des douleurs à la gorge et à l'estomac, qui continuaient à augmenter. Elle éprouvait un sentiment de distension à l'abdomen; ses vêtements lui semblaient trop serrés. Un médecin arrive, il prescrit de la faire entrer à l'hôpital, où elle a pu aller à pied, soutenue par plusieurs personnes.

On a fait remettre à l'hôpital la fiole contenant le reste de la solution. M. Douglas l'a analysée, et il y a trouvé deux grammes (40 grains) de bichlorure de mercure.

A son entrée, la femme présentait les symptômes suivants, une heure et demie après l'accident : grande faiblesse, avec épuisement. Sentiment de brûlure intense à la gorge. Dysphagie. Douleur à l'épigastre. Distension abdominale et sensibilité vive à la pression du ventre. Efforts fréquents pour vomir et des vomissements. Pouls petit, fréquent, irrégulier. Visage pâle, anxieux. Arrière-gorge très enflammée. Langue et amygdales très gonflées. Froid intense partout le corps. On lui administre dix blancs d'œufs battus et délayés; la femme n'a vomi depuis ce moment qu'une très petite quantité de bile noire mêlée d'albumine. Après quoi, le vomissement a cessé, et la douleur à l'épigastre a commencé à diminuer. On l'a couchée; et comme le froid général, intense, continuait, on lui a appliqué des bouteilles d'eau chaude, des sinapismes aux pieds, et des serviettes. Le 29, à 7 h. du matin, elle se plaint de douleur intense à l'estomac, de diarrhée sanguinolente, de soif intense. Pas de vomissements. Le mal à la gorge est moins fort; la difficulté de respirer est moins prononcée. On applique dix-huit sangsues à l'épigastre, des sinapismes à la partie inférieure de l'abdomen. On prescrit des boissons très abondante de petit lait. Dans le courant du jour, la malade s'est trouvée beaucoup mieux; mais le soir il a été nécessaire de lui appliquer un autre sinapisme. Pouls à 92, *faible*; langue blanche; visage plutôt animé. — Le 30, la malade se sent mieux, mais les selles sanguinolentes continuent. L'urine est sécrétée et rendue abondamment. La douleur de l'épigastre a cessé; mais la malade se plaint beaucoup du rectum; les gencives commencent à devenir malades; pouls à 88. — On prescrit : une dose d'huile de ricin, quelques sangsues au périnée. Pour boisson, du lait et du bouillon coupé. — Le 1er octobre, plus de douleur à l'épigastre ni au rectum. Les garde-robes ne sont plus sanguinolentes. Pouls à 88, faible. La malade se plaint d'un grand épuisément des forces; les gencives sont tout à fait spongieuses; les dents branlent. On prescrit un peu d'huile de ricin. — Le 2, plus de douleurs; mieux progressif. — Le 4, les symptômes de salivation diminuent; appétit bon. Pouls à 76, un peu plus fort; garde-robes naturelles. — Le 6, la malade ne se plaint que de faiblesse; les gencives sont presque bien. La malade a demandé et obtenu sa sortie. Des renseignements reçus consécutivement ont appris que cette femme est restée pendant trois semaines encore faible et inapte à reprendre son travail habituel; mais ensuite elle s'est très bien portée comme avant l'accident. — L'analyse chimique a démontré dans la liqueur 80 centigr. de sublimé corrosif (16, 6 grains) par once, ce qui a dû faire conclure que, dans la portion avalée de la liqueur, il avait dû y avoir au moins deux grammes (40 grains) de poison. — L'auteur ajoute la réflexion suivante : « Il est évident, par les détails précédents, qu'une grande partie du poison avait été vomie par la malade avant son entrée à l'hôpital. Je pense ainsi, par la raison que la malade n'a pas présenté de suppression des urines, ni de symptômes cérébraux, ainsi que cela a lieu le plus souvent; et parce que, d'ailleurs, dans mon opinion, l'albumine ni d'autres moyens n'auraient pu tirer cette femme de la mort, si la quantité ingérée de sublimé fût restée dans l'estomac» (The Lond. and Edimb. jour. of med. sc., février, 1845).

— Malgré la terminaison non funeste de cet accident, et la remarque judicieuse et vraie qu'on vient de lire, nous sommes loin d'être d'accord avec M. Andrew sur la médication qui convient à cette maladie. Ainsi, entendons-nous bien d'abord sur la valeur du fait : il est donc manifeste que cette femme avait vomi de suite, spontanément, presque tout le poison, et que la portion absorbée avait dû être très petite, non mortelle. Si des doutes pouvaient rester encore à cet égard, malgré l'aveu du médecin d'Édimbourg, nous pourrions le prouver par la nature des symptômes que la femme a présentés. Les questions que nous soulevons à cette occasion sont celles-ci : 1° Le traitement suivi par l'auteur n'a-t-il pas été nuisible, et n'aurait-il pu rendre mortel l'accident qui ne l'était pas de lui-même? 2° Quelle est la véritable médication à suivre dans ces cas? — Élaguons d'abord les préjugés et les opinions plus ou moins erronées que des hommes de laboratoire, étrangers aux études cliniques, ont établis, d'après quelques expériences inconcluantes sur des chiens, à l'égard de cet empoisonnement; et plaçons-nous en médecin, en présence de ce fait. La femme a vomi le poison aussitôt après l'avoir ingéré, et ce poison avait été pris dans de l'alcool, c'est-à-dire dans un liquide essentiellement stimulant, par conséquent propre à affaiblir l'action hyposthénisante du bichlorure de mercure. Cependant, il est incontestable qu'une partie a été absorbée, puisque la malade a présenté des symptômes légers d'intoxication mercurielle.

A part le sentiment de chaleur à la gorge et à l'estomac, dépendant de l'action locale, les symptômes culminants de cette observation se réduisent à ceci : décalorification dermique ou froid général; pâleur; pouls petit, filiforme, faible; abattement extrême des forces; langue blanche; diarrhée séro-sanguinolente apyrectique; intelligence nette (on ne parle pas des sueurs froides qui ont dû sûrement accompagner ces phénomènes). En bonne médecine, tout cela ne signifie qu'une seule chose : *hyposthénie profonde*, en particulier du système cardiaco-vasculaire. N'allez pas, de grâce, invoquer l'opinion de M. Orfila, car il s'agit ici d'une question de médecine dans laquelle ce chimiste n'a rien à démêler. Cet appareil symptomatologique était en plein développement lorsque la femme a été reçue à l'hôpital, une heure et demie après l'ingestion du poison. A cette époque, la malade avait déjà pris l'émétique et vomi un très grand nombre de fois. En conséquence, l'absorption était déjà accomplie et l'estomac vidé. Nous le demandons maintenant, à quoi servaient alors les blancs d'œufs qu'on lui a fait avaler, puisqu'il n'y avait rien à neutraliser dans l'estomac? Misérable routine, enfantée par l'incompétence! car nous avons prouvé qu'il est faux que l'albumine neutralise le sublimé, alors même qu'elle le rencontre dans l'estomac (V. Ann. de Thér., t. 1).

Restait donc l'effet dynamique, maladie générale que le clinicien expérimenté seul sait combattre. On ne l'a pas combattu le soir; le lendemain, on a appliqué des sangsues et des sinapismes!! Comment peut-on donc, en présence d'une asthénie aussi patente que celle-là, prescrire une évacuation sanguine et des sinapismes, dont l'huile essentielle absorbée produit à son

tour des phénomènes d'hyposthénie? Et tout cela, après l'administration du tartre stibié, dont on connaît l'action asthénisante, et les boissons aqueuses propres à délayer le poison et à en favoriser l'absorption!!! N'est-ce pas là une routine déplorable qui empoisonne une seconde fois les malades? (V. nos articles sur l'intoxication mercurielle, t. 1.). On voulait combattre les prétendues escarrhes à l'estomac; et l'on ne comprend pas que ce sont là des phénomènes dynamiques qu'on ne doit pas combattre comme des inflammations. Le surlendemain, en effet, la douleur s'est déplacée, la femme n'a pas rendu d'escarrhes, et si la médication, jointe au poison, ne l'a pas tuée, c'est que l'une et l'autre n'ont pas été très abondants. Que d'erreurs formidables ces spécialistes de salon n'ont-ils pas introduit dans la toxicologie! Il faudra bien du temps avant de purger la science de ces misères, grâce à la paresse des médecins et à leur aveugle croyance en les lumières de la chimie! Voilà pour la première question.

Quant à la seconde, nous ne pouvons que répéter ici ce que nous avons déjà formulé ailleurs. On doit commencer par faire vomir abondamment le malade, s'il ne vomit déjà spontanément. Pour cela, on doit se bien garder de lui donner du tartre stibié, ou du sulfate de zinc, comme on le fait en Angleterre, ou des boissons aqueuses, comme on le fait partout. La titillation de la luette avec la barbe d'une plume suffit souvent; ou bien on donne de la poudre d'ipécacuanha suspendue dans de l'huile d'olive chauffée au bain marie ou froide, et qui est émétique sans exercer d'action hyposthénisante énergique. On couvre et l'on chauffe le malade à l'aide du calorique artificiel. On le met, au besoin, dans un bain bien chaud. Ces deux premières indications remplies, on aura de suite recours à une potion stimulante par petites doses, répétées avec surveillance, savoir à du vin de Bordeaux ou de Madère, par cuillerées rapprochées, du rhum, des liqueurs alcooliques à la canelle, l'eau de canelle dans du vin, des pilules d'opium, si les vomissements ne s'arrêtent pas; des lavements laudanisés; des fomentations de teinture d'opium à l'épigastre. L'indication fondamentale est d'obtenir une réaction fébrile; il faut donc augmenter les doses jusqu'à ce que le pouls se relève. Ce but obtenu, on diminue et l'on cesse la médication stimulante pour surveiller attentivement la marche de la réaction. Quelquefois il est nécessaire de reprendre par intervalles les mêmes moyens. Dans la réaction, la nature se suffit ordinairement à elle-même, et, chose remarquable, les alcooliques font disparaître les douleurs épigastriques, tandis que les boissons aqueuses les réveillent. Il est rare, si l'on sait arrêter à temps les stimulants, que la réaction hypersthénique, si elle a lieu (car si l'abattement est très profond, rien n'y fait, et la mort est inévitable), exige quelques topiques adoucissants, ou de légers purgatifs. La diète ne doit jamais être prolongée dans ces occurrences. La convalescence est extrêmement courte.

Ces idées, nous les avons déjà exposées et développées plusieurs fois. Peu de personnes, cependant, les goûtent en France; on commence néanmoins à comprendre l'absurdité du système des neutralisants chimiques! Quoi! vous couriez après le fantôme des neutralisants, alors que vous pouvez chasser le poison par le vomissement? Et puis, que faites-vous? Vous combattez la prétendue brûlure gastro-intestinale? Voilà toute votre toxicologie! De l'action dynamique des poisons, c'est-à-dire, de la véritable source des phénomènes toxiques, que savait-on avant les travaux que nous avons importés en France? Rien absolument! Avant que nous eussions signalé l'absorption (1838), on ignorait donc encore en quoi consiste seulement un empoisonnement, c'est-à-dire, l'A, B, C, de la toxicologie! Et c'était pourtant là la science qu'enseignaient avec fracas, depuis 25 ans, de petits tyrans au petit pied, qui dispensent des croix aux uns et font pendre impunément à la croix les autres!!! Nous ne pouvons toucher à ces questions brûlantes sans émotion!

BULLETIN OPHTHALMOLOGIQUE

DES HOPITAUX.

Fistule lacrymale. — Plusieurs cas de fistule lacrymale simple ont été opérés dernièrement par M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu; les uns, à l'aide de la canule de Dupuytren, les autres par la mèche dilatante. Les premiers n'ont pas guéri du tout, et il a fallu leur extraire la canule pour leur placer une mèche ascendante; les seconds sont encore en traitement comme les premiers, il y a deux ou trois mois, et ils sont loin d'être guéris. Ce traitement par la mèche ne prend pas moins de trois ou quatre mois de traitement, et en définitive la guérison n'est que temporaire. Les malades reviennent en effet avec une récidive au même hôpital, ou dans un autre, au bout de quelques mois. C'est là la règle; la guérison réelle n'est que l'exception. Dernièrement aussi M. Chassaignac avait parfaitement opéré, à l'aide de la canule, une jeune personne à l'Hôtel-Dieu, la guérison n'a pas eu lieu davantage; il en a été de même d'une autre, opérée de la même manière par M. Robert à Beaujon; et plusieurs autres que nous avons vus dans ces derniers temps être traités par M. Gerdy à la Charité, avec la mèche, ne se sont pas mieux trouvés. Nous avons été consulté trois fois dernièrement par un jeune étudiant en médecine qui a été opéré deux fois avec la canule; celle-ci est dans le nez depuis un an ou davantage, la plaie est cicatrisée, et pourtant les larmes ne passent pas dans le nez. Chez les malades que nous avons vus à l'Hôtel-Dieu, la même chose à peu près est arrivée. Chez quelques-uns, la plaie ne s'est pas cicatrisée et les larmes ont toujours reflué au dehors comme chez les autres. Et enfin, chez ceux que M. Roux et d'autres traitent avec la mèche, il est facile de voir que l'œil et les paupières sont entretenus dans un état d'irritation considérable, constante, qui perpétue le larmoiement et qu'en définitive on ne guérit pas réellement dans la généralité des cas.

Il est impossible de ne pas être frappé de ces résultats négatifs, dans une maladie qui est malheureusement fréquente et dont le traitement, si dispendieux par sa longueur, devient fâcheux par cela même qu'il est infructueux. A quoi tient donc la répugnance à l'adoption des idées que nous avons déjà publiées plusieurs fois sur le traitement dynamique qui nous est propre sur cette maladie, et qui jusqu'à présent nous a donné des résultats constamment heureux et durables? Nous comptons pour notre part une douzaine de cures jusqu'à ce jour. Quelques-uns de ces succès se sont passés sous les yeux de médecins ; dans aucun, nous n'avons employé l'instrument tranchant, si ce n'est dans quelques cas pour ouvrir l'abcès, lorsque le sac menaçait de se rompre spontanément. La méthode que nous suivons a pour but de combattre d'abord la condition dynamique de la maladie (la phlogose plastique et suppurante du syphon lacrymal); de ramener les tissus chroniquement phlogosés à des conditions de résolution complète, ce qui prend seulement un temps de quatre à six semaines plus ou moins. Il est évident que les méthodes mécaniques qu'on suit généralement sont basées sur un faux principe. On veut dilater, et l'on oublie que les tissus sont phlogosés et prêts à s'enflammer davantage par les corps irritants qu'on y place forcément. Aussi quand on supprime la mèche dilatante, la phlogose qui persiste toujours sourdement donne lieu à une nouvelle coarctation.

Pour remplir l'indication fondamentale que nous venons de poser, nous ne nous contentons pas des applications répétées de sangsues, ainsi que le fait M. Lisfranc, car ce moyen est insuffisant. Nous injectons et laissons dans le sac lacrymal des remèdes hyposthénisants pour être résorbés et agir sur tout le syphon lacrymal et dans les tissus ambiants. De ce nombre sont les solutions légères ou fortes, selon les cas, de nitrate d'argent, de sulfate de zinc, de sel marin, de nitrate de potasse, de deuto-chlorure de mercure, etc., des fomentations externes émollientes, surtout la nuit, à l'aide de cataplasmes; des pommades résolutives diverses, frictionnées abondamment à l'extérieur. Si le sac est perforé, nous faisons par l'ouverture accidentelle des injections à garder ; dans le cas contraire, nous suivons la voie naturelle du point lacrymal, et nous ne tenons pas à faire passer le liquide dans la gorge. Tant que l'inflammation est vive, nous nous contentons de joindre aux topiques externes, des douches légères à l'angle caroncu-laire et dans les gouttières de la base des paupières, à l'aide de la seringue d'Anel, chargée de l'une ou de l'autre des solutions ci-dessus. Ces seules douches résolutives et les topiques émollients nous ont, dans plusieurs cas, suffit pour ramener la fonction du syphon lacrymal à son rhythme normal, et la maladie s'est guérie sans opération. La guérison a surtout été prompte et simple dans les cas où le sac lacrymal, quoique bombé et enflammé, n'était pas encore ouvert. Dernièrement encore nous avons guéri en un mois ou six semaines, sans opération, une femme de Puteaux que M. le docteur Huë nous avait présentée pour l'opérer. Nous savons bien que tout cela n'est pas accepté par les chirurgiens, parce qu'ils ne peuvent admettre qu'un rétrécissement d'un canal muqueux puisse se guérir sans moyens mécaniques. Ces messieurs ne tiennent pas compte de l'état dynamique qui est la cause de la condition mécanique, et ils oublient que les tubes bronchiques obstrués dans la pneumonie au deuxième degré se débouchent parfaitement et reprennent leurs fonctions sous la seule influence du traitement dynamique. Il est des cas exceptionnels où il peut être nécessaire, après le traitement précédent, de dilater le canal nasal, mais peu de temps suffit alors pour compléter la cure. Il s'agit ici d'une question pratique d'intérêt général, et nous repoussons d'avance toute interprétation d'intérêt personnel que quelques personnes pourraient peut-être donner à cet article.

TRANSACTIONS ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Glace artificielle.. — Dans la séance du 9 juin, une commission composée de MM. Pouillet, Francœur et Babinet, a fait un rapport favorable sur un appareil de M. Villeneuve, négociant, destiné à faire de la glace artificielle, dans l'espace d'une demi-heure à une heure, pour les usages des ménages, des limonadiers et de la médecine : l'auteur a donné à cet appareil le nom de *congélateur* ou *glacière des familles*. Le moyen dont il se sert pour obtenir une basse température était connu depuis longtemps; c'est un mélange de sulfate de soude du commerce et d'acide chlorhydrique non concentré dont nous avions déjà parlé autrefois, en indiquant un procédé très simple que tout le monde peut imiter (V. Ann. de thér., t. 1, p. 87). Quant à l'appareil lui-même, qui est l'invention propre à M. Villeneuve, il est en fer blanc, de la grandeur d'une petite fontaine, et il donne 3 à 4 kilogr. (6 à 8 livres) d'excellente glace pour une dépense de 2 francs à Paris. Nous l'avons vu fonctionner : « On en aura une idée exacte, disent MM. les commissaires, en se figurant un cylindre creux destiné à recevoir le mélange réfrigérant, et enveloppé lui-même d'une capacité cylindrique destinée à recevoir l'eau qui devient un cylindre creux de glace par l'effet du réfrigérant intérieur. Dans le mélange même, plonge un autre vase cylindrique fermé par le bas, que l'on fait tourner au moyen d'une manivelle, et qui, par des saillies convenables, agite le mélange et renouvelle les points de contact du corps réfrigérant avec ce vase intérieur comme avec le vase extérieur. Ce vase creux et fermé au fond, porte, dans l'art du glacier, le nom de *sarbotière*. Si on le remplit d'eau, cette eau se gèle elle-même, comme l'eau environnante, et l'on obtient deux cylindres de glace d'environ 4 kilogr., l'un creux, l'autre plein. » — La température à laquelle le mélange descend est de 15 à 20° cent. La glace qu'on obtient est compacte, magnifique. L'acide et le sel se débitent dans le commerce au prix de 20 fr. les 100 kilogr. C'est une précieuse invention pour les pays éloignés des glacières, pour les bourgades isolés, et pour les médecins des pays chauds.

Cyanose des enfants nouveaux-nés.— M. Meigs, professeur distingué d'obstétrique à Philadelphie, a lu, dans la séance du 16 juin, un travail d'un grand intérêt pratique sur la cyanose congénitale. On sait que cette affection dépend du mélange du sang artériel et veineux, soit dans les oreillettes du cœur, par la persistance du trou de Botal, soit dans les ventricules de cet organe par une ouverture accidentelle du septum, soit ailleurs. Les conséquences de cet état sont presque toujours mortelles. De la dyspnée, du

coma, des convulsions précédent cette terminaison. M. Meigs a trouvé le moyen de guérir presque tous les enfants qui offrent ces fâcheuses dispositions en naissant. Ce moyen consiste à coucher l'enfant sur le côté droit du corps et à l'y fixer sur un plan assez dur. Cette seule mesure suffit pour comprimer le septum par le poids du corps, s'opposer au mélange des deux sangs et permettre à la circulation artérielle de se rétablir normalement ; les symptômes se dissipent et la guérison complète a lieu sans d'autres secours. La découverte dont il s'agit est déjà répandue aux États-Unis depuis plusieurs années, et elle a déjà sauvé de la mort plus de 40,000 mille enfants, d'après le calcul de l'auteur.

Lésions artérielles. *Recherches expérimentales sur les blessures des vaisseaux sanguins, considérées particulièrement sous le rapport de la formation et de l'organisation des caillots obturateurs des artères divisées dans une grande plaie transversale, et des conséquences à en tirer pour la chirurgie et la médecine légale*, lues à l'Institut le 16 juin 1845 ; par M. Amussat. — « Avant d'arriver aux conclusions qui découlent des faits nouveaux établis dans ce Mémoire, il me paraît utile d'indiquer la différence qui existe entre mes expériences et celles des auteurs qui se sont occupés du même sujet. Ainsi les expérimentateurs qui m'ont précédé, ont séparé et isolé les vaisseaux des parties voisines pour les mettre à decouvert, et être assurés de faire ce qu'ils désiraient. Dans mes expériences, au contraire, j'ai toujours fait une plaie *sans dissection préalable* pour placer les animaux dans des conditions analogues à celles où se trouve un homme chez lequel un vaisseau sanguin a été blessé.

« *Conclusions.* — 1° Le caillot spontané, obturateur, des artères complétement divisées dans une grande plaie transversale se forme très promptement et sous les yeux de l'expérimentateur ; 2° ce caillot est formé par la fibrine du sang, et il est soutenu par la membrane celluleuse externe de l'artère ou la quatrième membrane, et non pas par la gaîne, comme on serait porté à le croire par un examen superficiel et par la description ordinaire de la structure des artères ; 3° la cavité centrale des caillots spontanés, qui a beaucoup d'analogie avec le cratère des tumeurs sanguines que j'ai décrites dans un autre Mémoire, fournit un caractère important pour découvrir une artère masquée par un caillot ; 4° contrairement aux idées de Jones, de Béclard, etc., l'artère se suffit à elle-même, puisque le caillot peut se former à l'extrémité d'une artère qui dépasse le niveau de la section des chairs ; 5° le caillot est d'autant plus volumineux et plus résistant, que l'artère et la celluleuse étaient plus tendues au moment de la section. Or, la conséquence pratique qui découle de ce fait, c'est la nécessité d'exercer une forte traction sur les artères avant de les diviser, afin de se placer dans les conditions les plus favorables à la formation de caillots solides, presque analogues à ceux qu'on observe après l'arrachement ; 6° en poursuivant mes recherches expérimentales sur les blessures des vaisseaux sanguins au delà des limites chirurgicales que je m'étais d'abord tracées, j'ai pensé qu'on pourrait peut-être les utiliser pour la médecine légale : ainsi, lorsqu'on pratique une section transversale des deux artères carotides en même temps, sans intéresser la moelle épinière, sur un animal vivant, il se forme toujours des caillots aux extrémités cardiaques de ces vaisseaux, et ces caillots sont en rapport direct avec la tension plus ou moins grande du cou et de l'artère au moment de la section ; 7° au contraire, lorsqu'on pratique la section des artères carotides une ou deux minutes après que la vie a été préalablement détruite, soit par une forte percussion sur la tête, soit par la section simple et directe de la moelle épinière, la strangulation, l'asphyxie, il ne se forme pas de caillots aux extrémités cardiaques des artères carotides, ou si l'on en observe, ils sont très petits, et ne ressemblent pas à ceux qui se forment dans les vaisseaux divisés, sur des animaux dont la vie est dans toute son intégrité et qui meurent directement par hémorrhagie ; 8° les extrémités cardiaques des artères divisées sont donc le point le plus important à observer, puisqu'en les examinant avec attention, on peut arriver à dire mieux que par l'état des chairs, si les vaisseaux ont été divisés pendant que la vie était dans toute son intégrité, ou après la mort apparente ou réelle.

« Comme on le voit, de hautes questions de physiologie et de médecine légale se rattachent à la dernière série de mes expériences, qui sont une conséquence toute simple de mes travaux sur le caillot spontané. Du reste, je ne mentionnne ces résultats qu'avec une grande réserve, en attendant qu'ils aient été confirmés par d'autres expérimentateurs, et par des faits observés sur l'homme avec ces données nouvelles ; car jusqu'à présent on a beaucoup trop négligé d'indiquer l'état des vaisseaux divisés dans les observations de médecine légale qui ont été publiées. Les faits analogues sur l'homme exigent donc un examen nouveau, et les conséquences à en tirer, sous le triple rapport de la physiologie, de la chirurgie et de la médecine légale, feront le sujet d'un autre travail que j'aurai l'honneur de soumettre prochainement à l'attention éclairée de l'Académie. »

La société médico-pratique de Paris propose pour sujet de prix à décerner en 1847, la question suivante :

« De l'hydropisie chez les femmes enceintes. — Déterminer par les faits la valeur de ce phénomène morbide, relativement à la mère et à l'enfant, sous le double rapport du diagnostic et du pronostic. Exposer le traitement. — La société a en vue principalement, mais non exclusivement, l'hydropisie causée par la maladie dite de Bright. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de trois cents francs. — Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, devront être remis avant le 31 décembre 1846, avec les formes académiques, à M. le docteur Richelot, secrétaire général.

REVUE GÉNÉRALE.

Surdité. Traitement dynamique. — Le docteur Warden, de Londres, vient de publier un intéressant travail sur les maladies de l'oreille, dont le but est de rattacher de plus en plus ces affections aux principes généraux de la thérapeutique commune aux autres maladies. Nous allons reproduire quelques faits qui donnent la mesure de cette conduite et des résultats qu'on peut obtenir. Prémettons cependant quelques remarques générales de l'auteur. — L'otite idiopathique aiguë est, comparativement à la chronique, une affection rare ; et lorsqu'elle se déclare, ses symptômes sont toujours intenses, réclament un traitement énergique et une grande surveillance jusqu'à leur terminaison. Ce sont surtout les otites chroniques ou secondaires, à caractère subaigu, qui compliquent ou suivent les éruptions dermiques ou autres maladies de l'enfance, auxquelles on a affaire le plus souvent. Ces affections se greffent pour ainsi dire à la convalescence et s'apaisent ou persistent ensuite malgré le

rétablissement de la santé générale. Il est rare au reste que l'inflammation de l'oreille se termine par résolution complète, et cela s'explique par les conditions anatomiques de l'organe auditif lui-même. Cet organe est en effet sculpté dans une cavité osseuse profonde, il est entouré de cartilages et se trouve par là sequestré en quelque sorte de la circulation générale; aussi ne suit-il pas le mouvement général de la circulation dans le travail de résolution. Une fois établie, la maladie auriculaire persiste à un degré plus ou moins grand après l'affection générale, à moins que l'art n'intervienne directement contre elle. On peut dire en effet que quand un traitement local approprié est joint à la médication constitutionnelle, l'affection de l'oreille guérit complétement le plus souvent; dans le cas contraire, des lésions mécaniques s'établissent dans l'organe, lesquelles ne peuvent toujours être détruites complétement. Aussi ces affections méritent-elles toute l'attention des praticiens.

Une opinion généralement accréditée, c'est que les végétations de la cavité du tympan indiquent une maladie grave pour l'organe auditif. J'ai pu cependant me convaincre que le pronostic de ces végétations ne doit pas être toujours désespéré, leur guérison et le retour de l'audition pouvant être obtenus, ainsi qu'on va le voir. Ces sortes de végétations, je les ai ordinairement rencontrées à la suite des otorrhées catarrhales bornées aux tissus tégumentaires internes du conduit auditif externe, et dont la durée n'a pas été plus longue que celle de l'affection générale qui les avait produites. Les symptômes sont ordinairement si légers, si passagers d'abord, que souvent ils échappent à l'observation, leur présence n'étant avertie que par quelques élancements ou démangeaisons, et ce n'est qu'une ou deux semaines après que la surdité se déclare. Si l'on examine alors l'organe avec l'auriscope prismatique, on trouve dans cette première période, que la membrane interne du conduit auditif est sèche; que sa couleur est rouge par une vascularisation accidentelle; que la membrane du tympan ne présente pas cette humidité glissante qui lui est naturelle. Cette légère affection disparaît si elle se trouve jointe à un catarrhe général qui oblige le malade à garder sa chambre, à se garantir de l'action de l'air pendant quelque temps. Dans le cas contraire, il succède une seconde période à celle-ci, période d'augmentation de la maladie; la membrane interne du méat se tuméfie, se relâche et prend le caractère des membranes muqueuses sécrétantes. Le mal peut s'arrêter là, l'écoulement aller quelque temps, puis s'épuiser, les vaisseaux se décongestionner, la membrane revenir petit à petit à l'état normal et l'audition se rétablir. Ces sortes de sujets cependant restent prédisposés à des retours de la même affection, aux congestions, aux écoulements, aux surdités temporaires. Le vulgaire regarde comme salutaires ces retours de l'écoulement.

Il est facile de comprendre cependant que ces nouvelles atteintes répétées affaiblissent l'organe, dilatent, hypertrophient les vaisseaux, épaississent les parois du conduit, rétrécissent sa capacité, et donnent souvent naissance à des granulations fongoïdes, à des végétations polypeuses. Ces différents événements peuvent s'accomplir cependant sans un préjudice considérable de l'audition, et sans que le patient éprouve le besoin de se faire traiter ou même de consulter un homme de l'art. Ce n'est que lorsque son état s'est déjà aggravé, qu'il éprouve de la douleur, que son audition est sérieusement endommagée, qu'il se décide à réclamer les secours de la médecine. Les périodes que nous venons de signaler se sont souvent passées presque inaperçues pour le malade; l'exploration de l'oreille cependant, l'état du conduit, de sa membrane et du diaphragme tympanique, révèle aisément les antécédents aux yeux de l'observateur. Si la membrane du tympan est congestionnée, rouge par du sang artériel, c'est là une complication grave. Si des granulations fongoïdes sont dispersées à sa surface, si elle est perforée par leur action, ou bien opaque, épaissie, le pronostic doit être douteux, et c'est là une circonstance qui exige la plus grande attention dans l'examen des parties. Nous avons à peine besoin de faire observer que, dans ces occurrences, la surdité est un symptôme analogue à tout autre symptôme d'autres affections. Ce n'est donc pas la surdité qu'il s'agit de traiter, mais bien la maladie qui empêche l'organe auditif de fonctionner normalement. Pour se faire une idée exacte des conditions de cette maladie, l'inspection à l'œil nu est insuffisante; l'auriscope prismatique est donc d'un immense secours, puisqu'on peut avec son aide inspecter le conduit clairement, point par point, et jusqu'à l'intérieur de la caisse si la membrane tympanique est perforée.

Mon expérience personnelle dans la médication des maladies de l'oreille est loin d'autoriser les plans héroïques de traitement. Le plus important de tous à mes yeux est celui qui présente un caractère de délicatesse proportionnée à la structure de l'oreille. J'ai souvent été étonné de voir avec quelle rapidité excessive les formes les plus désespérées de la maladie disparaissaient et l'audition renaissait sous l'influence de remèdes légers, tels par exemple que de simples lotions médicinales ou une pommade, ou bien encore le simple usage de la seringue. Par suite de ces remarques, je n'ai jamais recours dans ces affections à des médicaments avant d'avoir expérimenté les moyens simples et doux, comme remèdes préliminaires. Dans ce même but, je prescris quelquefois aussi l'usage de l'iode, et je m'en trouve bien. Ce remède cependant veut être donné avec mesure et surveillance, car il nuit quelquefois; j'ai vu néanmoins les fongosités de l'oreille se flétrir sous son inflence, l'inflammation de la membrane du tympan disparaître, et l'audition se rétablir rapidement. Quand la diathèse scrofuleuse est combinée à la teinte syphilitique, la guérison est difficile, lente, et les résultats des médicaments variables; et quand la membrane du tympan a acquis l'épaisseur du cuir, les remèdes n'ont plus de puissance quant à la surdité.

J'ai observé que la délicatesse héréditaire des organes prédisposait à des maladies d'oreille qui se terminaient par l'opacité de la membrane du tympan ou par la paralysie du nerf acoustique, maladies analogues à l'albugo et à l'amaurose, et qui exigent des soins bien dirigés dès le début, et longtemps continués pour guérir. L'inspection à l'aide du spéculum prismatique est de la plus haute importance dans ces occurrences pour éclairer avec précision le diagnos-

tic. On en comprendra l'importance par un exemple. Une personne se plaint de surdité; on l'examine à l'œil nu : la membrane du tympan d'un côté est intacte, saine, le méat n'offre pas de signes de maladie; on explore l'autre oreille, on y trouve un écoulement, des granulations molles au fond; on en conclut naturellement que la surdité ne doit exister que de ce côté, l'autre oreille étant saine. Un examen au spéculum cependant fait découvrir dans cette oreille des conditions morbides qui avaient échappé à l'œil nu. La membrane tympanique de ce côté en effet est sèche, dure et tendue, ou bien opaque, épaissie, flasque et métallique, ou bien encore d'une rigidité ligamenteuse ou cornée. Il en résulte que cette oreille qu'on n'aurait pas traitée est pourtant plus gravement compromise que l'autre, et souvent il arrive que celle-ci est la seule qui puisse guérir. Il s'en suit pareillement que le traitement ne doit pas être le même pour chaque oreille. Les cas de ce genre ne sont que très fréquents dans la pratique.

1er *Fait.* — Un homme, âgé de 46 ans, était sourd dès l'enfance par suite de maladies qu'il avait essuyées aux deux oreilles, et comme la surdité avait prédominé dans sa famille, il est probable qu'il portait congénitalement une prédisposition aux affections morbides de l'organe auditif. Des médications multiples avaient été employées sans résultat avantageux, et le patient ne suivait plus aucun traitement depuis deux ans; il n'entendait, quand on lui parlait, que comme si la voix venait de très haut, ou d'un homme placé au sommet d'une maison; le patient dirigeait le pavillon auriculaire avec sa main pour recueillir autant que possible de rayons vibratils du son. A l'examen à l'auriscope, on trouve la membrane interne du conduit, blanche et épaissie comme si elle eût été macérée, insensible au toucher, à tel point qu'on pouvait la râcler, en enlever plusieurs couches sans produire la moindre douleur. L'oreille droite ne percevait pas le moindre bruit à l'approche ou au contact d'une montre; le cercle de la membrane tympanique présentait une masse spongieuse, organisée, de forme irrégulière, sortant de l'intérieur de la chambre du tympan; tandis que dans l'oreille gauche, il ne restait qu'une faible portion du tambour, laquelle présentait une apparence lardacée, comme si elle fût en voie de désorganisation. — On prescrit d'abord des remèdes généraux pendant quinze jours pour améliorer l'état de la constitution. Puis on a recours à quelques topiques doux pendant autant de temps. A cette époque, l'examen à l'auriscope fait découvrir des changements heureux et intéressants, et l'audition avait déjà commencé à renaître et à progresser; le patient était satisfait d'entendre parfaitement la musique des églises, ce qu'il ne pouvait faire auparavant. Le fongus qu'on avait noté au premier examen s'est trouvé affaissé, atrophié dans la cavité du tympan; tandis que dans l'oreille gauche la membrane tympanique qui avait paru opaque, désorganisée, a perdu sa couche superficielle, et l'on voit au dessous un tissu sain, vascularisé, cramoisi et diaphane. On observe en même temps que la tête blanche et la branche du marteau sont à leur place. Nous avons donc continué les remèdes qui nous avaient déjà fait tant de bien, savoir : l'iodure de fer et le quinine, combinés à une alimentation substantielle; localement, les simples émollients. Je ne connais rien de mieux que ces moyens contre ces maladies, pour flétrir surtout des végétations contre-nature. Plus tard, l'état de l'ouïe s'est trouvé amélioré d'une manière plus prononcée encore. Dans l'oreille gauche, la membrane tympanique n'excède pas de beaucoup ses dimensions primitives et sa substance présente des apparences qui se rapprochent assez de celles de l'état normal. Dans l'oreille droite, la chambre tympanique continue à être occupée par la végétation ci-dessus mentionnée, laquelle est cependant moins volumineuse; elle disparaît par absorption, et l'on voit avec satisfaction les rudiments d'une nouvelle membrane du tympan s'organiser manifestement. Consécutivement, ce travail reproducteur a fait des progrès, et une nouvelle membrane tympanique s'était déjà formée de toute pièce un mois après. L'audition s'est améliorée de plus en plus, surtout à droite; le patient entend une montre placée sous son oreille, grâce à la nouvelle membrane tympanique, il suit parfaitement la conversation, il a cessé d'être sourd, il a repris son état de commerce. La nouvelle membrane a une forme sémi-lunaire. La guérison ne s'est pas démentie par la suite.

2e *Fait.* — Une dame, âgée de 52 ans, était sourde depuis plusieurs semaines par l'action du froid sur la tête. Elle avait d'abord éprouvé des symptômes de catarrhe qui occasionnaient des élancements dans les oreilles. Le catarrhe s'est amendé, mais la surdité a au contraire continué à faire des progrès. A l'examen des oreilles, on trouve une abondante accumulation de cérumen dans les conduits, lequel n'a pu être enlevé totalement de l'oreille, par l'usage de la seringue, sans produire de l'irritation. La membrane du conduit paraît très vascularisée et sensible au toucher. Le bruit d'une montre n'était entendu qu'à 15 centim. (5 pouces) de distance. On prescrit des fomentations locales d'huile pendant deux jours, des purgatifs et des diaphorétiques. En peu de jours de ce traitement, l'injection vasculaire des oreilles et leur sensibilité morbide ont disparu. On enlève les restes du cérumen; la montre est entendue à 54 centim. (18 pouces). Le conduit n'offre pas d'altération appréciable, et l'on ne peut s'expliquer la cause de l'imperfection restante de l'ouïe. On s'aperçoit alors que la trompe d'Eustache est bouchée. Cette condition a disparu en deux jours par la seule persistance dans le traitement général. L'audition est revenue parfaitement.

3e *Fait.* — Un jeune homme, âgé de 23 ans, scrofuleux, cacochyme, était sourd depuis cinq ou six semaines par suite de l'action du froid. Il avait éprouvé de légers élancements douloureux dans les oreilles, avec un sentiment de tension, pendant une nuit ou deux, mais qui ont cessé après l'apparition d'un petit écoulement, lequel est revenu à plusieurs reprises. Le patient se plaint de surdité, de sentiment de coups de marteau, et d'un bruit de murmure dans les deux oreilles. A l'examen, on trouve à droite le méat rempli de pus liquide; sa membrane interne est flasque, infiltrée; un cercle de granulations pâles entoure la membrane tympanique, laquelle présente un léger degré d'opacité. A gauche, le conduit auditif est villeux, couvert d'humidité morbide; la membrane tympanique est aussi un peu opaque. J'ai prescrit un vésicatoire à la nuque et des lotions auriculaires avec une solution de zinc. Quatre jours après le malade était beaucoup mieux, son audition était presque parfaite. On a prescrit de continuer pendant quelque temps encore les lotions, et le malade n'a plus reparu.

— Il est probable dans ce cas, dit l'auteur, que le mal était plus ancien que le patient ne le disait, et que la cure n'a été ni complète ni permanente. Il n'est pas rare de rencontrer chez les sujets de mau-

vaise constitution des ulcérations étendues de la muqueuse de la gorge et d'autres cavités, inaperçues pendant longtemps malgré l'importance de l'organe sur lequel elles existent. L'oreille ne fait pas exception, toutes les formes de la phlogose et de la désorganisation pouvant s'y engendrer; et la surdité en est toujours la première conséquence. La disparition de cette infirmité, pour être complète et durable, suppose donc la guérison de la condition en question.

4e *Fait.* — Un individu (on n'indique ni le sexe ni l'âge), a été examiné le 26 septembre ; il était sourd du côté droit depuis une attaque de scarlatine qu'il avait essuyée deux ans auparavant. La surdité avait augmenté au dire du malade par suite de traitements mal dirigés. Le patient n'entend le bruit d'une montre qu'à 15 centim. (5 pouces) de distance seulement. A l'inspection à l'auriscope, la membrane du conduit auditif paraît pâle et flasque; la membrane tympanique est d'une opacité laiteuse ; cette opacité s'étend depuis sa circonférence jusque vers son centre qui est le point le plus vasculaire; à ce point on observe un petit groupe de granulations vivaces ressemblant à de petites fraises sauvages, lesquelles sont très irritables, d'apparence fongueuse, sans pus à leur surface. On prescrit des lotions légères comme moyen expectant, et des contre-irritants. Quelques jours après, la membrane du conduit paraît légèrement injectée, tuméfiée, sensible au point d'empêcher l'emploi du spéculum. Pas de tintement, ni de douleur profonde, ni de tension, ni d'écoulement. On prescrit des fomentations émollientes de temps en temps, un léger onguent d'oxide de zinc sur du coton qu'on applique pour protéger l'organe de l'air extérieur. — A un troisième examen, la montre est entendue à une distance de 24 centim. (8 pouces) ; le conduit auditif a en grande partie recouvré sa tonicité et sa consistance naturelles; la petite masse fongueuse s'est affaisée; la surface de la membrane tympanique est couverte d'une couche de pommade à laquelle on ne touche pas. — Huit jours plus tard, le malade éprouve une grande amélioration sous le rapport de l'audition, il entend surtout la musique des églises. La montre est entendue à la distance de 36 centim. (12 pouces). Le conduit auditif est sain, mais toujours sans cérumen ; le petit fongus a disparu et l'opacité a considérablement diminué ; la sensibilité de la membrane interne n'étant plus exaltée, on l'enduit aisément d'onguent à l'aide d'un petit pinceau, d'un liniment de savon et d'une solution zincique. — La semaine d'après, le patient entend la montre à une distance de 54 centim. (18 pouces) ; la membrane du tympan présente presque son brillant naturel dans une petite portion de son centre. On prescrit une injection brusque sur la membrane du tympan avec une légère solution d'iode; lotions aluminées, avec esprit de romarin, appliquées tièdes avec une éponge à tout le pavillon et à ses environs, deux fois par jour. — Le 12 nov., l'amélioration est progressive; l'audition est rétablie des deux côtés, le patient entend très bien à plusieurs mètres de distance. Congédié.

5e *Fait.* — Un individu (on n'indique ni le sexe ni l'âge) avait été sourd depuis plusieurs années de l'oreille gauche; il attribuait son infirmité à l'action du froid de nuit. En se mouchant avec un mouchoir, et en expirant avec violence, il avait éprouvé un violent choc dans l'oreille suivi d'un bruit alarmant et de confusion dans la tête. On l'avait soigné, en lui appliquant dans l'oreille du coton trempé dans du laudanum. La douleur s'était grandement aggravée au lieu de s'apaiser; elle avait été suivie d'agitation et de spasmes qui avaient réclamé l'emploi de plusieurs remèdes. Depuis cette époque il était resté à demi-sourd de cette oreille; mais les douleurs dans cet organe étaient revenues souvent, avec un caractère inflammatoire et avec écoulement à la moindre exposition au froid ou à des courants d'air. Quand j'ai examiné l'oreille pour la première fois, la membrane tympanique était déjà détruite dans une moitié de son étendue; la portion restante était irrégulière, rugueuse, ulcérée à son bord, à surface vascularisée, presque charnue. J'ai prescrit une infusion astringente pour être appliquée dans le conduit auditif à l'aide d'un pinceau mou, et petit à petit une solution de zinc ou une pommade, jusqu'à la cicatrisation de l'ulcération, ce qui a eu lieu promptement. L'écoulement a disparu sans retour, malgré que le patient se fût exposé à l'action du froid; l'audition s'est améliorée considérablement.

6e *Fait.* — Un jeune homme, âgé de 17 ans, s'est présenté le 22 octobre dans un état de convalescence franche d'une fièvre typhoïde. Il avait essuyé une inflammation aux deux oreilles pendant la première période de la maladie. Cette inflammation s'était terminée promptement par la suppuration et consécutivement par une surdité incomplète. A l'examen, les deux conduits auditifs sont pleins de pus fétide ; on le nettoie et l'on reconnaît que les deux membranes tympaniques sont partiellement détruites. La membrane interne des deux conduits est généralement infiltrée et les trompes d'Eustache sont bouchées, probablement par le simple relâchement de la membrane muqueuse. Son moral était fort affecté, il se croyait sourd sans ressource; il était très faible. Je l'ai engagé à attendre que sa convalescence fût plus avancée pour se faire traiter de la surdité. Une semaine après, ses forces étaient déjà rétablies, l'écoulement des oreilles avait diminué, l'audition augmenté et la gaîté commençait à reparaître. Je lui ai prescrit un gargarisme fortement astringent et des lotions auriculaires. Dans l'espace de trois jours, l'amélioration était très marquée. La membrane interne offrait plus de tension et de ton, l'écoulement était devenu visqueux; les membranes tympaniques, quoique incomplètes et opaques, vibraient un peu mieux, puisque l'audition avait notablement gagné. Il est parti de Londres dans cet état, et je n'en ai plus entendu parler. — Il est à noter, dit l'auteur en terminant cette observation, que quand l'inflammation des oreilles se déclare dans la première période de la fièvre typhoïde, elle est souvent fâcheuse, car elle marche vers sa désorganisation ; mais quand le sujet est jeune, à constitution vigoureuse, on peut cependant espérer le rétablissement de l'audition, même dans des cas désespérés en apparence. La surdité dite nerveuse qui survient dans la fièvre typhoïde peut être attribuée probablement à une action disharmonique des muscles du tympan ; elle s'accompagne quelquefois d'une altération de la vue. Ces deux états persistent souvent pendant quelque temps après la convalescence (*The Lond. and Edimb. m. jour. of med. sc.*, janv. 1845).

Myélité suivie de paraplégie. Guérison; *par M. Levrat aîné, D. M.* — « M. Moutarde, âgé de 52 ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution délicate, d'un caractère irascible, à la suite d'affections morales vives, éprouve, dans le trajet de la moelle épinière, une douleur sourde qui, en peu de jours, devint vive et intolérable. Je fus appelé. Je trouve le malade couché sur le ventre, ne pouvant se tenir sur le dos à raison, me dit-il, d'une douleur brûlante qu'il éprouvait dans toute l'étendue du rachis, mais surtout au point où se réunit la région lombaire. J'examinai avec attention cette partie, elle me parut un peu plus colorée, légèrement tuméfiée et la température plus élevée qu'à ses alentours; la pression n'augmentait nullement la douleur; le pouls était fréquent et plein, la langue blanche et sèche; l'excrétion de l'urine abondante et involontaire; le malade accusait un grand malaise, il éprouvait des inquiétudes dans les extrémités inférieures suivies de fourmillements, alternés avec la stupeur. Je pratique une saignée d'une livre, je fais appliquer 40 sangsues sur le trajet de la colonne vertébrale et surtout sur le point le plus douloureux; aux sangsues je fais succéder les cataplasmes émollients et hypnotiques; je fais passer les boissons adoucissantes et tempérantes; on administre un lavement purgatif pour vider le gros intestin. La nuit suivante, le malade est moins agité, il peut se coucher sur le dos, mais pour quelques quarts d'heure seulement. Les boissons, les cataplasmes sont continués pendant huit jours sans un grand changement ni en bien ni en mal. L'engourdissement des membres abdominaux allait cependant en augmentant; on remarquait quelques mouvements convulsifs non douloureux. La douleur du rachis était devenue obtuse, le pouls avait repris son état normal; l'appétit était revenu et la digestion stomacale n'offrait rien d'irrégulier; il y avait constipation; les urines, devenues rares, coulaient toujours involontairement.

»La paralysie se déclare vers le quarantième jour dans le membre gauche et, le lendemain, dans le membre droit; alors la paraplégie est complète. Je prescris les ventouses sèches à la région dorso-lombaire; je les fais suivre de l'application de moxas, de potasse caustique dans cette même région. J'obtiens, par ces moyens, une abondante suppuration que j'entretiens par des emplâtres irritants, les pois d'iris, etc. Pendant plusieurs mois le malade est soumis à un traitement varié : à l'intérieur les purgatifs, les calmants, les antispasmodiques sont tour à tour prescrits. A l'extérieur, les frictions éthérées avec l'huile de Dippel, les teintures de digitale, de belladonne, de noix vomique, les vésicatoires aux membres paralysés, pansés avec la strychnine, les commotions électriques, galvaniques; je n'obtins aucun résultat de cette médication active. Au 23 avri 1841, la paralysie des extrémités inférieures était complète; l'irritabilité et la sensibilité n'existaient plus; l'atrophie avait fait de tels progrès, qu'il ne restait aux membres que la peau et les os. La partie inférieure du tronc participait à la paralysie et le malade était comme un bloc inerte, ne pouvant faire aucun mouvement dans son lit. Toutefois, l'intellect était sain, la respiration, la digestion étaient dans leur état normal, les extrémités thoraciques libres dans leurs mouvements. Forcé de m'absenter pendant cinquante jours, le malade fut confié aux soins de mon fils, qui continua quelques-uns des moyens que j'avais tour à tour prescrits. A mon retour de Paris, je trouvai peu de malades à soigner; j'eus plus de temps à consacrer à ceux qui réclamaient de nouveau mes conseils, M. Moutarde était du nombre de ceux-là. Je continuai les exhortations à la patience que mon fils avait fait entendre au malade; je l'encourageai de mon mieux et je promis de le guérir.

»Dans les maladies longues et surtout dans celles qui ont leur siége dans le système de l'innervation, il faut constamment s'appliquer à relever le moral du souffrant; et l'on a souvent fait un grand pas vers sa guérison quand on est parvenu à le persuader qu'elle est possible. Dans cette vue, je revins à quelques moyens déjà prescrits, mais je les fis administrer sous de nouvelles formes. Ainsi, à l'intérieur, j'associai la strychnine au calomélas; je fis placer au fondement des suppositoires de beurre de cacao, où je faisais entrer la strychnine; de deux soirs l'un, je faisais frictionner la plante des pieds avec une pommade composée de baume nerval, d'huile animale de Dippel et de strychnine. La région épinière était aussi frictionnée chaque jour avec le liniment nerval de Sydenham. Au bout de trois mois de persévérance dans cette médication, plus ou moins variée sans cesser d'être la même, un matin le malade accuse quelques mouvements convulsifs dans les pieds et les jambes; à la suite de plusieurs secousses assez fortes, les gros orteils rentrent légèrement sous l'empire de la volonté; peu à peu et chaque jour, on aperçoit la vie et le mouvement se rétablir dans toute l'étendue du membre et de la partie inférieure du tronc. Vers la fin de décembre, après environ neuf mois de paraplégie, M. Moutarde peut commencer à marcher avec des béquilles. On continue les frictions à la plante des pieds. Je prescris les bouillons et le sirop de vipère; l'hiver se passe avec des améliorations incroyables et, au printemps, M, Moutarde marche et vague à ses affaires comme s'il n'avait jamais été malade.

— « Il y a deux règles générales à observer dans le traitement des paralysies : 1° faire alterner des doses élevées avec des doses faibles, et laisser, de temps en temps, des intervalles entre elles, afin que la nature puisse rassembler son excitabilité; c'est une précaution fort importante, comme aussi celle de varier les moyens; 2° avoir beaucoup de patience, qualité indispensable ici au médecin. La nature a besoin de temps pour un travail aussi important que celui de ramener peu à peu une partie à la vie, et le médecin qui ne sait pas attendre ne traitera jamais bien les paralysies. Ce ne sont pas des semaines, mais des mois, des années que le traitement exige; des changements favorables peuvent survenir, soit en dedans, soit en dehors; et ce qui n'était pas possible cette année, le deviendra peut-être l'année suivante. (Hufeland, *Manuel de méd. pratique*, pag. 293). Conduit par analogie, nous avons pensé 1° que si, à l'aide des frictions mercurielles à la plante des pieds, d'après la méthode *Cirillo*, on peut guérir la syphilis invétérée; 2° que s'il est vrai, comme plusieurs faits semblent l'établir, que l'antipériodique, employé sous certaines formes en frictions à la plante des pieds, a fait disparaître des fièvres intermittentes réfractaires, il est permis d'espérer que la strychnine, employée de la même manière, peut concourir pour beaucoup à la guérison de la paralysie.» (*Journ. de méd.* de Lyon.)

Sciatique opiniatre, *suivie d'atrophie.* Antiphlogistiques. *Moxas. Guérison.* — Un soldat de cavalerie, âgé de 30 ans, robuste, tombe de cheval et se frappe sur la fesse gauche. Il s'en suit des douleurs ischiatiques atroces dans ce côté. On le traite par le repos au lit, des ventouses scarrifiées

dans le trajet du nerf sciatique, des cataplasmes, des vésicatoires volants, la diète. Une amélioration marquée s'en suit, et le malade retourne à son régiment. A la moindre fatigue cependant, les douleurs reparaissent sourdement, et le patient est obligé de garder le repos pour se soulager. Une année plus tard, les douleurs, qui n'avaient jamais cessé complétement, s'exaspérèrent considérablement à l'occasion d'un déplacement de son régiment qu'il a dû suivre. Il s'est fait recevoir à l'hôpital, et le docteur Cravera l'a traité par les moyens ci-dessus indiqués; l'amélioration a été prompte et le malade est sorti quinze jours après; mais, à la moindre occasion, les souffrances reparaissent comme précédemment, et l'on revenait aux mêmes moyens avec les mêmes résultats. Vingt-trois mois se sont ainsi passés dans ces recrudescences et ces soulagements passagers; le mal cependant n'avait jamais disparu complétement. Des purgatifs, des tisanes et des pilules spéciales avaient été ajoutés aux remèdes ci-dessus sans plus de succès. A cette époque, le membre était évidemment rapetissé, atrophié, dans un état de torpeur générale; le patient boitait par suite de la rétraction de tout son membre et de la douleur. Cette douleur partait tantôt du niveau du sacrum, tantôt du grand trochanter, suivait le trajet du nerf sciatique et se terminait au dos du pied en passant par la malléole externe. Le malade était obligé de tenir la jambe à demi fléchie; mais tous les muscles du membre étaient extrêmement flasques. — Le docteur Cravera a essayé encore pendant deux mois plusieurs autres remèdes inutilement; il a enfin eu recours aux moxas. Il en a d'abord (7 octobre 1843) appliqué un volumineux derrière le grand trochanter, dans la gouttière qui existe entre cette apophyse et la saillie de l'ischion; un autre à la face externe du genou, vers la tête du péroné. Cataplasmes sur les escarrhes. Suppuration abondante pendant vingt jours, pas d'amélioration. Le 27 du même mois, deux autres moxas derrière le trochanter, au dessous du premier, qui ont suppuré 23 jours. Pas d'amélioration jusqu'à l'époque où les petites plaies ont commencé à se fermer; les douleurs ont alors diminué, et le membre a senti sa force et son agilité renaître. On applique un quatrième moxas au dessous des trois précédents; nouvelle amélioration à partir du moment de la cicatrisation. Le membre s'est allongé, les articulations ont repris leur motilité naturelle. Cinquième moxas *ibidem*. Amélioration progressive. Guérison. Quatre mois après, la guérison était durable, et le patient avait repris son service, qu'il avait quitté depuis deux ans. Son dernier séjour a été de quatre mois (Gior. della soc. méd.-chir. de Torino, janv. 1845).

— On voit rarement de nos jours des schiatiques aussi graves que la précédente. Il importe de noter qu'elle avait été probablement la conséquence d'une contusion du nerf. Toujours est-il que les remèdes antiphlogistiques ordinaires avaient été insuffisants, et le mal marchait vers la dégérescence organique. Peut-être n'avait-on pas poussé assez loin les évacuations sanguines locales dès le début. Il est clair que si ces évacuations ne sont pas portées de suite au point qu'on appelle *suffisantes*, c'est comme si on n'avait rien fait, le mal marchant toujours et produisant des altérations matérielles graves dans le nerf malade. L'auteur croit que la source de la douleur est dans l'hydropisie de la gaîne, ainsi que Cotugno l'avait établi, et nullement dans la phlogose qui l'occasionne. C'est là une simple question de mots aujourd'hui; car l'art n'attaque avec succès que la source de l'épanchement, la névrilémite, et l'on n'aura rien fait avant d'avoir enlevé la phlogose. Il en est de cette affection comme de l'hypopion, de l'épanchement pleurétique, à la suite d'une iritis, d'une pleurésie. Le point le plus intéressant de cette observation, au reste, est dans l'efficacité curative des moxas. Cette pratique est généralement adoptée en Italie, surtout dans le pays de Cotugno (Naples). N'allez pas croire, cependant, que cela prouve une action révulsive dans ce remède. Il y a là différents éléments d'action qui rattachent à d'autres principes le résultat obtenu.

Lithotriptique. — Un vieillard avait la vessie urinaire pleine de petits calculs, la fièvre, et éprouvait des souffrances atroces. Il ne voulait pas se laisser sonder. Le docteur Fenolio lui a prescrit une décoction saturée d'*uva ursi* : P. Uva ursi 12 grammes (3 gros); eau de fontaine 210 gm. (7 onces); faites bouillir pendant un quart-d'heure; passez; ajoutez, sirop de gomme 15 grammes (demi-once) à prendre en trois fois. Après le troisième jour de l'usage de cette tisane, le patient a rendu 13 calculs par l'urètre, assez gros; cinq jours plus tard, il en avait rendu 90, ce qui faisait une masse énorme; les souffrances et la fièvre ont disparu. (Gior. delle sc. med. della soc. med. de Torino, avril 1845.)

Lupus vorax, *dépendant d'une syphilis constitutionnelle, guéri à l'aide de l'hydriodate de potasse; par le docteur Heylen, d'Herenthals.* — « Quelques praticiens révoquant en doute l'efficacité de l'hydriodate de potasse contre la syphilis constitutionnelle, il ne sera peut-être pas inutile de joindre l'observation suivante aux faits nombreux que la science possède pour démontrer qu'au moins, dans certains cas, ce médicament peut être administré avec un plein succès.

« Thérèse P...., âgée de 19 ans, d'un tempérament lymphatique, fille d'un ouvrier, fut atteinte à l'âge de 4 ans, lorsque des troupes étaient cantonnées dans son village, d'une maladie des parties génitales, caractérisée par de petits ulcères dont les plus larges, d'après le dire du père, avaient l'étendue d'un centime. Cette affection disparut sous l'application de moyens topiques et aucun traitement général ne fut institué. L'enfant grandit et ne parut porter aucun germe de maladie. Elle fut réglée à l'âge de 16 ans et continuait à jouir d'une santé florissante, lorsqu'il y a un an et demi on s'aperçut d'une certaine raucité de la voix sans que du reste sa constitution parût le moins du monde altérée. La maladie pour laquelle elle vint réclamer mes soins, le 29 septembre, date d'environ un an. Elle a commencé sous la forme d'un petit furoncle qui, situé sur la lèvre supérieure, immédiatement au dessous du nez, s'est ouvert pour constituer un ulcère; celui-ci s'étendant de plus en plus a pris insensiblement les caractères qu'il offre aujourd'hui. Il occupe toute la lèvre supérieure, son fond est inégal, ses chairs blafardes saignent au moindre contact, ses bords sont renversés et présentent des échancrures très marquées. Il est le siége d'une sécrétion de pus grisâtre sanieux; le même liquide s'écoule continuellement des narines. Le nez ayant perdu ses cartilages est tellement rongé par l'ulcère qu'il ne forme plus qu'un petit mamelon très difforme. Le tissu de la lèvre supérieure paraît hypertrophié, les bords de l'ulcère très relevés et jetés en dehors circonscrivent une solution de continuité dont la surface égale à peu près celle de la paume de la main. La malade ne présente aucun signe de scrofule ni d'autre dyscrasie. D'après

le commémoratif et les caractères objectifs du mal, je crus avoir à faire à un lupus vorax de nature syphilitique, nature qui paraissait avoir été méconnue par les deux médecins consulté avant moi. J'instituai donc un traitement antisyphilitique par l'hydriodate de potasse à la dose d'un gros dans sept onces d'eau à prendre deux cuillerées à bouche dans les 24 heures.

« Huit jours après, l'aspect de l'ulcère s'était déjà considérablement amélioré, ses bords étaient affaissés, la sécrétion du pus était moindre et tout faisait prévoir que le traitement allait avoir une influence favorable sur la maladie. Je continuai la même prescription, seulement j'augmentai la dose d'un demi-gros chaque semaine. Je ne revis la malade que le 24 octobre, et à mon grand étonnement je trouvai ce vaste ulcère presque entièrement fermé; il ne restait plus alors à se cicatriser que l'étendue d'un millimètre; la voix était redevenue beaucoup plus claire. Je touchai les bourgeons charnus de la plaie avec la pierre infernale et j'augmentai encore d'un demi-gros la dose de l'hydriodate. Le 3 novembre, tout l'ulcère était cicatrisé, il n'y avait plus d'écoulement par les narines; la fille n'avait pris que cinq gros et demi du médicament. La lèvre est retirée sur elle-même, de sorte que la cicatrice ne paraît que très petite, son bord inferieur est retroussé en haut. Le nez est affaissé et l'ouverture des narines presque fermée. Un bourrelet de la gencive hypertrophiée recouvrait les dents incisives supérieures; je le touchai avec le nitrate acide de mercure. Le médicament avait été continué, de sorte que le 26 novembre la malade en avait pris onze gros. A cette date, tous les symptômes de la maladie étaient dissipés, excepté un léger degré de raucité de la voix qui ne disparaissait que par moments, excepté aussi le bourrelet de la gencive que je dus exciser avec des ciseaux.» (Annales de la société de médecine d'Anvers, mai 1845.)

Correspondance.

Pellagre. *Lettre de M. Trompeo.* — « J'ai été bien surpris de lire dans la *Gazette médicale* de Paris l'abrégé d'un rapport fait à l'Acad. roy. de méd., le 7 juin, par M. le docteur Jolly, dans lequel ce médecin soutient l'influence du maïs comme cause de la pellagre. Le congrès scientifique de Milan a victorieusement refuté cette opinion, déjà plusieurs fois émise, surtout en Italie, et toujours combattue comme dangereuse pour notre agriculture, qu'elle tendrait à priver de la céréale la plus féconde et la plus utile aux habitants de la campagne. — Pour convaincre M. le docteur Jolly, et ceux de ses honorables confrères qui partagent son opinion, je les renverrai à ce qu'ont écrit, en divers temps, sur cette importante question, les professeurs Allioni, Strambio, Fanzago, Cerri, Moris et M. Bonafous, dans son Histoire naturelle du maïs. On peut voir encore, sur le même objet, un article que j'ai fait insérer dans l'*Espero* de Gênes, et d'autres publiés par plusieurs médecins dans la *Gazette médicale* de Milan, et dans le journal de Naples, édité par M. De-Renzi. Il sera facile de voir combien on est peu fondé à établir le parallélisme de la prédominence de la culture du maïs et de l'alimentation, même exclusive, pour cette céréale avec le développement des accidents pellagreux.

« En portant mes observations d'abord sur le Piémont, je trouve, à quelques cas près, cette maladie inconnue dans les provinces de Bielle, de Mondovi, de Domodofola, et cependant, dans ces provinces, la culture du maïs est générale, et l'usage du maïs, comme aliment, en est à peu près exclusif; on ne la rencontre que bien rarement dans la province de Novare, et presque jamais dans celle de Verceil, contrées situées sous l'influence des miasmes de rivières, où les colons vivent dans un état voisin de la misère, et ne se nourrissent que de maïs. J'en dirai autant de la Toscane, du duché de Lucques, du royaume des Deux-Siciles, de la Romagne, des Etats-Unis de l'Amérique, de l'Afrique, de l'Asie, pays où cette graminée végète comme une plante spontanée. Comment les Chinois, dans quelques régions du Céleste-Empire, pourraient-ils se servir de cette plante non seulement comme aliment, mais encore comme préservatif contre certaines maladies? — Rien ne prouve que cette maladie se soit introduite en Europe avec la plante du maïs, et qu'elle s'y soit répandue à raison de la propagation de cette plante. L'usage de cette céréale ne produit pas la pellagre, son abus même, quand elle est viciée par le *vederrame* décrit par le docteur Bellardini (*sponsorium majadis*, Link), n'en amène aucun indice.

« Ne trouvant aucune description de cette maladie avant le milieu du dix-huitième siècle, il paraît qu'elle ne fût pas introduite en Europe avant cette époque. Nous sommes en droit de conclure, de ce que nous venons d'observer, que le principe spécifique de cette maladie ne peut être éxclusivement le maïs, mais bien le concours de plusieurs circonstances, comme l'insolation, la malpropreté, des aliments viciés, certaines conditions topographiques, telluriques et atmosphériques, la misère, les souffrances, les passions, etc. Cette maladie, presque endémique en Lombardie, y est héréditaire (selon le docteur Calderini, Annales universelles de médecine, novembre 1844). On voit les habitants d'une même propriété soumis, en quelque sorte, aux mêmes conditions de vie, faisant tous usage du maïs, être les uns atteints, et les autres pas; on en voit d'autres ne faire usage que de riz et d'autres céréales, être cependant saisis de cette terrible maladie; nous la retrouvons même dans les pays où l'on ne fait pas usage de maïs. Bientôt paraîtront les actes du congrès scientifique de Milan, et les résultats des observations faites par la commission permanente, nommée à l'effet d'éclairer cette question. Ces résultats satisferont pleinement, j'espère, l'Académie royale de médecine, à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir, et prouveront combien sont gratuites les assertions de ceux qui regardent le maïs comme la cause unique de la pellagre. Je ne m'attacherai pas à refuter ceux qui confondent la pellagre avec la lèpre, ce que j'ai publié à cet égard lève tous les doutes, comme l'a confirmé, par une lettre de Stokolm, le professeur Retzius, médecin du roi de Suède. — Agréez, etc. — Turin, le 19 juin 1845.

« B. Trompeo,
médecin de la reine douarière de Sardaigne.»

Paralysies de la main. *Lettre de M. Chassaignac.*— Nous avons reçu, à l'occasion de l'article que nous avons donné dans le dernier numéro sur les paralysies de l'avant-bras, une lettre de notre honorable confrère, M. Chassaignac, dans laquelle il a la bonté de nous indiquer un travail d'un grande importance sur le plexus brachial qu'il avait consigné en 1838, dans sa traduction de l'ouvrage de Swan (Névrologie, etc., un vol. in-4° avec des planches magnifiques). Nous nous sommes empressé d'en prendre connaissance et nous y trouvons effectivement des remarques pratiques que nous regrettons avoir ignorées. Voici quelques passages que nous croyons pouvoir extraire du travail de M. Chassaignac, comme complément du nôtre.—«La paralysie des extenseurs des doigts peut, ainsi qu'on en trouve plusieur exemples dans les traités de chirurgie être la con-

séquence d'une section ou d'une contusion du nerf radial à son passage sur la face externe de l'humérus. Il est encore un autre point de son trajet où ce nerf, avant de donner les filets destinés aux extenseurs, est immédiatement appliqué contre un os, et cette circonstance anatomique peut devenir l'occasion de quelques accidents soit dans la luxation du radius, soit dans les plaies de la partie supérieure externe de l'avant-bras; elle peut aussi faire naître quelques préceptes relativement à l'amputation de l'avant-bras. Voici en quoi consiste la disposition indiquée. Le nerf radial, une fois dégagé de l'intervalle qui se trouve entre le long supinateur et les radiaux externes, s'engage dans une ouverture que lui présente le cours supinateur, et, contenu dans l'épaisseur de ce muscle, il circonscrit par une portion de spirale, qui a dix lignes d'étendue, le radiax immédiatement au dessous de son col. C'est au sortir de cette espèce de chemin creux qu'il se distribue aux extenseurs. Or, bien qu'on ne puisse pas établir une comparaison rigoureuse entre ce rapport et celui que présente le nerf circonflèxe à l'égard de l'humérus, il ne serait pas, ce semble, impossible que dans une luxation de l'extrémité supérieure du radius en arrière, et lorsque le cours supinateur est déchiré, le nerf lui-même ne fût contus et tiraillé au point de laisser les extenseurs dans un état de paralysie incomplète. Mais le cas pratique le plus important serait certainement celui où on aurait le problème suivant à résoudre. Etant donné une plaie profonde à la partie externe et supérieure de l'avant-bras, déterminer si l'impuissance d'action qui est nécessairement produite dans les extenseurs par suite de cette plaie, dépend seulement de ce qu'étant coupés au dessous de leur point fixe, ils ne peuvent, par ce seul fait, entraîner leur point mobile, ou bien de ce que le nerf radial ayant été coupé en même temps, ils sont doublement paralysés et par interruption de continuité musculaire et par interruption de transmission nerveuse. Il est facile de voir que les considérations relatives à la hauteur de la plaie, à sa profondeur, ne pourraient fournir à ce sujet que des notions vaguement approximatives. Les considérations anatomiques peuvent seules baser un diagnostic essentiel entre la plaie purement musculaire, et la plaie qui intéresse à la fois le nerf et les muscles. Il est évident que si la plaie est exclusivement bornée aux muscles, comme à la partie supérieure de l'avant-bras, elle ne peut intéresser ni les trois muscles antibrachiaux du pouce, ni l'extenseur propre de l'index, ces deux doigts pourront encore fonctionner isolément. Il y aura donc conservation partielle du mouvement des extenseurs.

« Le nerf radial, au contraire, a-t-il été coupé en même temps que les muscles; comme ce n'est qu'au dessous du passage à travers le court supinateur que naissent, sans exception, tous les filets des extenseurs, la paralysie sera complète et aussi sans exception... — Lorsque, par une cause quelconque, les muscles extenseurs de la main ont perdu leur action, et que cette partie, entraînée par son propre poids et par la rétraction des muscles fléchisseurs, est fléchie sans qu'on puisse l'étendre volontairement, la contraction des muscles fléchisseurs des doigts n'a plus assez d'étendue, ou, ce qui revient au même, ces muscle ne se rétractent pas assez pour qu'on puisse saisir et tenir fortement avec la main un corps quelconque. Mais, dans ce cas, si l'on met la main dans l'extension et qu'on l'y fixe, les muscles fléchisseurs des doigts agissent avec toute la force dont ils sont susceptibles, et leur action ne perd rien de ses effets. On pourrait donc, dans l'accident dont il s'agit, rendre au malade l'usage de la main, au moyen d'une machine qui tiendrait cette partie continuellement en extension, et qui cependant se prêterait à l'action des muscles fléchisseurs. C'est le conseil que suivit, il y a plusieurs années, un jeune officier, qui avait eu le nerf radial coupé dans l'endroit où ce nerf se contourne sur la partie externe inférieure de l'humérus, et chez lequel les muscles postérieurs de l'avant-bras étaient paralysés. »

FAITS CRITIQUES:

Chlorose. *Discussion contradictoire.* — Nos lecteurs savent déjà qu'une discussion pratique assez importante s'était depuis quelque temps engagée publiquement à la clinique de l'hôpital de la Charité entre M. Bouillaud et nous, sur la chlorose. Il s'agissait de savoir quelle était la véritable condition pathologique de cette affection et son indication thérapeutique fondamentale. Par suite des premiers débats et des assertions diamétralement opposées, échangées de part et d'autre, la discussion était arrivée à ce point que M. Bouillaud devait, de son côté, prouver les propositions suivantes: 1° que la chlorose, la chloro-anémie, la chloro-hydro-hœmie consiste dans une altération de la qualité et de la quantité du sang, et uniquement en cela; 2° que le fond de la maladie est *asthénique*, et réclame par conséquent les toniques, qui en même temps colorent, dit-on, le sang; 3° que les ferrugineux sont des toniques. De notre côté, nous nous étions engagé d'établir par des faits : 1° que la véritable condition pathologique consistait dans une sub-artérite lente, générale ou locale; 2° que par conséquent le mal était *hypersthénique* au fond, bien qu'il se montre avec des dehors de faiblesse; 3° que l'indication thérapeutique qu'il réclame était toute antiphlogistique, basée principalement sur les hyposthénisants à action élective vasculo-capillaire : de ce nombre sont une foule de remèdes parmi lesquels est le fer: 4° que par conséquent, c'était une grave erreur de vouloir stimuler ces sortes de malades par du vin, par des aliments très succulents, par des choses, en un mot, qui font, dit-on, beaucoup de sang; 5° que la saignée n'est pas contre-indiquée, dans certains cas, chez les chlorotiques, bien que ce moyen soit en général insuffisant pour les guérir. Tels étaient à peu près les termes généraux de la discussion. On voit par conséquent que les différences sont nettes, tranchées comme du blanc au noir. Pour l'un, il s'agit d'une simple maladie humorale *asthénique*; pour l'autre, au contraire, d'une affection *hypersthénique* des solides, de l'arbre artériel en particulier, dont l'état des humeurs n'est qu'une conséquence éloignée, comme dans toutes les maladies lentes des solides, de longue durée.

Avant de faire son exposé, M. Bouillaud a désiré, avec raison, que nous fussions d'accord sur les faits cliniques : aussi plusieurs semaines se sont écoulées à l'examen de plusieurs sujets chlorotiques dont le nombre abonde dans son service. Nous devons dire, à cet égard, que, pour ce praticien, il y a chloro-anémie chez tout individu dont les carotides ou les crurales présentent au sthétoscope un bruit de souffle continue, ou de bourdonnement de mouche (bruit mu-

sical). Cela indique, *selon lui*, que le sang est appauvri, bien que le sujet soit vigoureux d'ailleurs, ait de l'embonpoint et des couleurs. A ces caractères s'adjoignent des palpitations de cœur ou des essoufflements quand on court, ou quand on monte les escaliers ; une certaine blancheur de l'oval inférieur de la face et du dos des mains. Nous devons avouer que nous ne reconnaissons pas à ces données la chlorose confirmée, telle que les auteurs l'avait décrite ; cependant nous avons cru pouvoir accepter la discussion, même dans ces conditions, la grande habileté de M. Bouillaud dans la précision du diagnostic nous garantissant de toute espèce d'erreur à cet égard ; d'ailleurs cela importait peu à la discussion générale, un seul fait bien caractérisé pouvant nous suffire pour texte de la démonstration.

Dans ces entrefaites, une vieille femme a été reçue ayant un cancer des plus graves à l'utérus, avec des métrorrhagies répétées et tous les caractères d'une diathèse cancéreuse fort avancée. Cette femme a, comme d'ordinaire, le teint pâle, jaune, bouffi, la langue blanche et un pouls que M. Bouillaud appelle mou, fluctuant, mais qui n'est pas tel à nos yeux, ainsi que nous le dirons tout à l'heure. Le bruit de souffle carotidien existe chez elle. M. Bouillaud attribue l'apparence générale chez cette malade, ainsi que le bruit de souffle aux pertes sanguines, et il diagnostique une chloro-anémie indépendamment du cancer. Ayant été interrogé par M. Bouillaud auprès de cette malade, nous avons dû faire là nos réserves, le cas étant exceptionnel et ne pouvant être comparé à une chlorose ordinaire. Nous avons par conséquent diagnostiqué une diathèse cancéreuse, compliquée de pertes sanguines. Une diathèse cancéreuse est bien, d'après l'Ecole italienne, une artérite lente comme la chlorose, mais tout à fait localisée et accompagnée de lésions mécaniques graves. Le cas n'est donc pas assez simple pour servir de texte à l'argumentation ; néanmoins nous en tiendrons compte, et l'autopsie de cette malade viendra, nous l'espérons, à l'appui de notre thèse. Disons, en attendant, que le pouls que M. Bouillaud a caractérisé de mou, de fluctuant, n'est autre, pour nous, que le pouls de la subartérite lente, c'est-à-dire serré, cordiforme, érectilee, *saccadé* (*frizzante* des Italiens). C'est précisément le même pouls qu'on rencontre sur les artères des alentours de certaines tumeurs érectiles de la peau, et qui au fond ne sont que des artéro-phlébites circonscrites.

Là en étaient les choses lorsque la discussion s'est échauffée vivement durant la visite d'aujourd'hui, 14 juin ; elle s'est même aigrie au point qu'elle avait presque perdu son caractère scientifique, et nous avons vu le moment où la question s'est trouvée déplacée par des incidents peu importants au fond. Il s'agissait en effet de savoir si nous avions lu, ou non, les ouvrages de M. Bouillaud, si les Italiens méritaient le reproche qu'on leur faisait de ne s'attacher qu'à la recherche des explications et de négliger les faits ; si nous nous trouvions par conséquent dans les conditions de saisir toute la portée des énoncés de l'habile clinicien. On comprend déjà combien notre position était inférieure, gênée, embarrassée ; nous avions tout contre nous : adversaire puissant, impétueux, à logique martiale et pénétrante, à saccades évasives ; auditeurs prévenus par les principes acquis aux leçons du maître et par nos antécédents connus de pure chirurgie, terrain scabreux sous tous les rapports ; enfin l'ironie adroite pleuvait sur notre tête !.. Ces orages cependant ne pouvaient nous ébranler en présence d'un homme loyal, à principes libéraux ; et malgré l'espèce de : *quousque abuteris, Catilina, patientia nostra*, qui nous frappait, les rires n'ont pas toujours toujours tourné contre nous ! Nous avouons que les paroles de M. Bouillaud sont si imposantes pour nous, qu'il faut une grande fermeté de conviction pour résister à ses attaques. Nous n'avions pas lu ses ouvrages, et c'était assurément tant pis pour nous, tant mieux pour lui, car nous l'aurions mieux combattu !

A l'amphithéâtre, ce même jour, M. Bouillaud a repris quelques points de la question. Il nous a interrogé sur les conditions du pouls chez les chlorotiques ; notre réponse a dû être temporisante, par la raison que c'était là un argument fondamental que l'intérêt de la question nous commandait de tenir en réserve. Nous nous en applaudissons aujourd'hui, et l'on va comprendre pourquoi. M. Bouillaud s'est attaché à prouver en effet que dans la chlorose le pouls était mou, fluctuant, comme un canal peu plein, et que cela, joint à la disparition des veines des mains, indiquait une diminution dans la masse du sang. Ainsi, le voilà le grand argument, la démonstration réputée mathématique ; c'est une simple induction ! Eh bien ! qu'il nous soit permis de protester contre ce raisonnement. D'abord, nous venons de dire que ce que M. Bouillaud caractérisait de mou, de fluctuant, d'ondulant, n'est autre que le pouls *saccadé* avec éréthisme des parois artérielles. Les artères, vous le savez mieux que tout autre, ne sont pas des tubes inertes, pour se comporter comme les tuyaux en cuir d'un arrosoir de jardin. Quand leur sang diminue, les parois artériels se resserrent, et leurs battements deviennent obscurs, profonds ; c'est ce qu'on voit tous les jours aux membres comprimés par une tumeur. Chez les chlorotiques, au contraire, le pouls est *saccadé*, *sec*, *cordé*, plutôt petit, ce qui indique un excès d'action dans les parois de l'artère et qui empêche le sang de la traverser librement comme dans l'état normal. C'est aussi probablement à cette espèce de gêne morbide au passage du sang dans les artères qu'est dû votre bruit de souffle ou musical. On produit en effet ce bruit chez toute personne bien portante en comprimant un peu l'artère avec le sthétoscope. Loin d'indiquer donc une diminution de la masse du sang, ce caractère indiquerait au contraire un éréthisme contractile des parois artérielles. Vous dites que vous n'expliquez rien, et pourtant votre conclusion, que vous donnez comme un fait, n'est en réalité qu'une simple explication, et rien de plus. Et quant à la pâleur, à la disparition apparente des veines des mains, qui indique pour vous la même diminution de la masse du sang, nous dirons que c'est encore là une explication ! Nous donnerons une théorie plus satisfaisante pour cela. Ajoutons seulement que la pâleur véritablement asthénique s'accompagne d'un caractère pathognomonique, constant : c'est la *sueur froide* générale, et en particulier aux tempes. Or, chez les chlorotiques la peau est sèche, au contraire, comme chez les phthisiques, qui ont, eux aussi, des artérites avec les tubercules, et chez les sujets atteints de fièvres interimttentes chroniques. Et s'il y a des sueurs chez les phthisiques ou les chlorotiques, elles sont *chaudes*, au contraire, nocturnes, et se déclarent que dans certaines régious circonscrites seulement.

Un second point traité par M. Bouillaud est relatif à la densité du sang. Ici il a avoué avec une franchise qui l'honore n'avoir pas fait d'expériences directes, car il n'a pas osé tirer du sang aux chlorotiques ; mais il a d'une part accepté les expériences faites par d'autres savants ; et d'autre part, il a examiné à l'hydromètre le sang d'individus qui avaient été beaucoup saignés pour diverses maladies in-

flammatoires et qui présentaient à la fin, par cela même, le bruit du souffle aux carotides, propre aux chlorotiques, et il s'est assuré qu'il y avait hydrohémie. On voit par conséquent que c'est aussi indirectement, par analogie, que M. Bouillaud établit la conclusion qu'il énonce. Or, qui ne voit que cette conclusion n'est guère probante, puisque vous n'avez pas agi directement sur le sang des sujets véritablement chlorotiques? Nous n'avons pas craint, nous, de saigner des chlorotiques, et nous n'avons pas trouvé à l'inspection physique d'altération notable. Nous n'avions peut-être pas des yeux pour voir! Les travaux qu'on a publiés sur la densité et sur la composition chimique du sang sont tellement contradictoires, ou si peu édifiants, qu'on ne peut en rien conclure pour les applications cliniques. Nous passerons tout cela en revue lorsque nous traiterons à notre tour la question tout entière. Disons en attendant que chez le sujet pleuropneumonique dont nous avons rapporté plus haut l'autopsie (1er fait), M. Bouillaud avait constaté, durant la vie, des conditions manifestes de chlorose; à l'autopsie, l'aorte voisine du cœur s'est trouvée phlogosée. Nous notons le fait seulement sans l'expliquer; nous en aurons de plus concluants. Disons enfin, que déjà notre opposition a produit quelque effet utile, car la fameuse doctrine des révulsions vient de disparaître tout d'un coup, moins il n'en est plus question à la clinique de M. Bouillaud!

—*P.S.* Aujourd'hui 21 juin, à l'occasion d'une nouvelle malade chlorotique sur laquelle il venait de nous faire l'honneur de nous interroger, M. Bouillaud a, d'une manière inattendue, déplacé la question scientifique, et, avec une vivacité inaccoutumée dans les discussions de ce genre, il en a fait une question toute nationale. Ce terrain là ne pouvait nous convenir, et nous avons dû rester impassible. Comme il a déclaré qu'il ne lisait d'autre livre que celui de la nature, nous nous permettons de lui soumettre humblement et sans vouloir offenser qui que ce soit, que ces têtes italiennes, biscornues et ignorantes à ses yeux, sont celles-là mêmes qui ont inventé la boussole et découvert l'Amérique, créé le télescope et les lunettes, le baromètre et la pile électrique, (source des plus grandes découvertes du jour), l'anatomie pathologique et découvert les vaisseaux lymphatiques, dont la connaissance a, au dire de Hunter, rendu plus de service à la médecine que la découverte de la circulation du sang. — Nous tenons fermement à la chlorose, cependant!

Une critique anglicane — Un journal de médecine des plus estimables de la Grande-Bretagne, *The Lond. and Edimb. monthy jour. of med. scien.*, dans son numéro de juin que nous recevons à l'instant, se livre à une critique amère, aussi déplacée que de mauvais goût, contre les chirurgiens parisiens, à l'occasion d'un article que nous avions donné sur les kystes hydatiques du poignet dans notre numéro d'avril dernier, p. 18. Dans cet article, nous exposions les résultats des deux nouvelles pratiques imaginées dernièrement à Paris pour guérir ces sortes de tumeurs, savoir, la simple ponction sous-cutanée suivie de topiques antiphlogistiques, ainsi que l'a fait M. Gerdy, et l'injection iodée de M. Velpeau. A cette occasion, nous nous sommes permis de désapprouver, comme dangereuse, la méthode ancienne qui consistait à fendre la tumeur avec le bistouri, et à faire suppurer la poche morbide. Nous avions vu, en effet, les plus tristes effets de cette méthode, bien qu'à la vérité la guérison s'obtînt aussi par elle Nous avons cité, à ce sujet, un cas récent de l'un des praticiens anglais, dont nous estimons le plus les travaux, M. Syme, lequel divise largement avec le bistouri non seulement le kyste, mais encore le ligament annulaire du carpe. Cette citation n'a été accompagnée de notre part d'aucune expression qui pût blesser, en quoi que ce fût, l'habile chirurgien de l'Infirmerie royale d'Edimbourg; la chose est facile à vérifier. Ceci cependant a excité, à ce qu'il paraît, la colère de l'honorable professeur: de là une sortie contre les chirurgiens *gallicans*, qui font entonner la trompette avant d'obtenir les guérisons qu'ils proclament! Disons d'abord sérieusement à M. Syme qu'il s'agit ici d'une question pratique d'une grande importance, et non d'une affaire de paroles. Or, nous affirmons que la méthode des injections iodées a déjà donné des guérisons heureuses, positives, complètes et très promptes dans plusieurs cas de kystes hydatiques fort graves du poignet, où elle a été employée jusqu'à ce jour par M. Velpeau, par M. Chassaignac et par d'autres chirurgiens des hôpitaux. C'est là une pratique précieuse déjà acquise, et un chirurgien serait désormais coupable si, dans un cas de ce genre, il suivait encore l'ancienne méthode. Voilà pour le fait fondamental. —Maintenant, quant aux épithètes que vous nous adressez, vous seriez fâché que nous les relevassions!...

Les ténotomistes. — En pratiquant dernièrement à l'Hôtel-Dieu la ténotomie poplitée sur une petite fille atteinte de rétraction angulaire des jambes, M. Blandin nous a fait remarquer, après avoir coupé les tendons rétractés, que l'on sentait vers la moitié interne du creux poplité un cordon résistant (nerf sciatique), à côté du tendon coupé, et que ce cordon pourrait être facilement pris pour un tendon rétracté et coupé, ainsi que cela est arrivé et qu'il l'a observé il n'y a pas longtemps! Nous lui avons demandé si ce malheur était arrivé entre les mains d'un orthopédiste; la réponse de M. Blandin a été affirmative. Ainsi la ténotomie se trouve déjà convertie en névrotomie tantôt poplitée, tantôt optique! Singulière métamorphose!!

M. Orfila. —On lit dans le journal ministériel, le *Messager* (16 mai), que M. Orfila vient d'être nommé par le ministre de l'instruction publique membre de la commission des chants religieux et historiques. — Dieu merci! le doyen de la Faculté de médecine n'a rien de mieux à faire qu'à s'occuper de chants religieux! Il avait assez chanté dans les salons!!! Au fait, mieux vaut que le célèbre administrateur ne s'occupe désormais que de choses d'église, puisque la chimie pure et la toxicologie médicale lui deviennent de plus en plus étrangères, par la direction nouvelle que ces sciences viennent de prendre.

Les piscines d'autrefois. — « Les propriétaires de bains publics étaient autrefois les mercures de la jeunesse, ce qui fit dire que Figaro, barbier à Seville, aurait tenu des bains à Rome, l'oubli de la décence et le mélange des sexes dans le même lieu achevèrent de discréditer l'usage des bains » (Chenu, Eaux minérales, t. 1, p. 14).

Réclamation. — Le docteur Perotti, de Plaisance (Italie), dont nous avons donné dans l'avant-dernier numéro une observation remarquable de rhumatisme, nous écrit pour nous dire que nous avons mal compris un point de sa relation concernant la cause de l'affection dans les troupes autrichiens. Il s'agit seulement du malade que l'auteur a traité, et non d'une généralisation qui n'existe pas.

Erratum. — Par une inattention, malheureusement trop fréquente dans les imprimeries, on a, dans le dernier numéro, commis deux transpositions graves que nous prions le lecteur de corriger. La page entière 95 s'est trouvée placée avant la page 94; et à la page 104, première colonne, ligne 31, le mot *moins* doit être interverti avec le mot *grave* de la ligne précédente pour rétablir le sens.

PARIS. — IMPRIMERIE DE LACOUR ET COMP.,
Rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, 33.

Troisième Année. Ce Journal paraît le 1er de chaque mois. N° 5. — Août 1845.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

ET

DE TOXICOLOGIE.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.

»Alibert.»

—

Eaux sulfureuses.

Fragments d'un travail sur les eaux sulfureuses naturelles des Pyrénées, au point de vue clinique, lus à l'Académie de médecine, par le docteur Fontan (V. le dernier numéro).

2e *Fait*. **Rhumatisme chronique.**—Mademoiselle***, âgée de 18 ans, était atteinte, depuis deux ans, de douleurs rhumatismales chroniques, avec un engorgement considérable cellulaire et ligamenteux aux articulations des genoux et tibio-tarsiennes. La station était presque impossible, et la progression l'était complétement. Elle avait été soignée par les médecins les plus distingués de Bordeaux, et tous avaient échoué; elle avait fait usage, notamment, sans succès, de *bains et douches sulfureux artificiels, de toute composition et de toute température, dont elle en avait pris plus de 40 inutilement.* Cette malade me fut adressée par MM. Gintrac et Puydebat, qui lui avaient dernièrement donné leurs soins. Je lui prescrivis les bains Richard-Nouvelle à 28° R., pendant 25 à 45 minutes graduellement, et des douches de Richard-Nouvelle (à partir du 4e bain) sur les genoux et les articulations tibio-tarsiennes. Après le 6e bain, la malade put marcher dans sa chambre; le gonflement des articulations avait notablement diminué; leurs mouvements étaient moins douloureux et moins gênés. Après le 9e bain, la malade, logée à plus de deux cents pas de l'établissement thermal, put s'y rendre à pied; après le 12e bain, elle put faire à pied le tour des allées de la Pique (1/2 heure de marche environ); après le 13e bain, les articulations avaient repris presque leur mouvement naturel; la malade put faire des courses dans la montagne. Elle repartit complétement guérie, après un mois de séjour; il ne restait aucune trace des douleurs, ni du gonflement, ni de la gêne des mouvements. J'ai eu, plusieurs années après, par son médecin, des nouvelles de cette malade; elle n'a plus souffert; sa santé était tout à fait rétablie; elle s'est mariée et a des enfants, sans éprouver aucun accident nouveau.

— Cette observation est digne d'intérêt sous plus d'un rapport; elle montre combien l'action des eaux est utile dans certains cas, et combien cette action est rapide quand les sujets sont jeunes et que les eaux sont bien indiquées. Elle montre, en outre, combien l'action des eaux naturelles est plus efficace que celle des eaux artificielles, bien que la quantité de principes constituants soit infiniment moindre que dans les eaux artificielles; en effet, les bains de la source Richard-Nouvelle contenait alors, par litre, 8 gr., 02460 environ de principe sulfureux; les bains faits artificiellement contiennent 64 grammes de sulfure de sodium pour 250 litres d'eau, ce qui fait environ par litre 0,25600, c'est-à-dire dix fois plus. Cependant l'action de ceux-ci avait été nulle, tandis que celle des eaux naturelles a été très rapide et très marquée.

3e *Fait*. **Tumeur ganglionnaire.** — M.***, âgé de 16 ans, portait au col une tumeur du volume d'une orange ordinaire, couverte d'une peau violacée, percée au centre de deux ou trois ouvertures de 2 à 6 lignes de diamètre, à bords très amincis et décollés, résultant d'un ganglion engorgé qui avait augmenté peu à peu, et contre lequel avaient échoué, entre les mains du docteur Viguerie, qui me l'adressa, les traitements tonique et ioduré; plusieurs autres tumeurs moins volumineuses se remarquaient au pourtour de la principale. Quand le malade est arrivé à Luchon, il était souffrant depuis plus d'une année; sa santé générale était détériorée; il avait peu d'appétit, et ses forces n'étaient pas en rapport avec son âge. Je lui prescrivis la boisson de la source Richard-Nouvelle, additionnée d'une cuillerée de sirop de gentiane, et les bains de la même source, de 28 à 29° R. graduellement, du houblon additionné de sirop de gentiane en boisson dans la journée, et coupé d'un cinquième de vin de Bordeaux aux repas. Je le fis nourrir de mouton et de bœuf grillé. Je fis faire des injections, plusieurs fois le jour, d'eau de Richard-Nouvelle

dans les points fistuleux de la tumeur, et j'ordonnai quelques douches, en arrosoir, de Richard-Nouvelle sur la tumeur, de 28 à 29° R. Peu à peu la tumeur diminua de volume; je prescrivis des frictions avec l'onguent napolitain et l'iodure de potassium pour hâter la résolution; tantôt je faisais appliquer des cataplasmes émollients, lorsqu'il survenait de l'irritation, et tantôt je faisais pratiquer la compression avec des rondelles d'agaric, maintenues au moyen d'une bande de flanelle, quand elle était passée. Après deux mois de séjour, la guérison de M.*** était presque complète, et elle se termina bientôt chez lui sous l'influence des moyens prescrits. L'année suivante, M.*** avait une cicatrice un peu saillante; je lui fis prendre des douches et des bains de la Reine; je fis reprendre la compression et les frictions résolutives, qui n'ont laissé subsister qu'une cicatrice linéaire, qu'on aperçoit à peine en regardant avec attention, mais dont personne ne se doute; M.*** est aujourd'hui un des élégants de son pays.

4e *Fait.* **Affection syphilitique.** — M.***, âgé de 20 ans, avait été atteint, dans le courant de 1839, d'une maladie syphilitique, qui s'était manifestée par des chancres, qu'on avait traités par les antiphlogistiques d'abord, puis par les mercuriaux. L'affection primitive avait cédé après quelques semaines; le malade se croyait guéri lorsqu'il éprouva du mal à la gorge et à la langue, qui résista aux collutoires, gargarismes, soit émollients, soit astringents. Bientôt une affection croûteuse au cuir chevelu se joignit à ces premiers symptômes, et résista, ainsi que le mal de la gorge et de la langue, à tous les moyens, soit bains sulfureux artificiels, soit traitement mercuriel interne et externe qui fut employé. La constitution du malade s'était altérée, soit par l'effet du mal, soit par l'abus des mercuriaux, soit par une salivation abondante qui avait suivi le traitement mercuriel. Quand il arriva à Luchon, le malade présentait les symptômes suivants : plaques squameuses syphilitiques répandues sur plusieurs points de la surface du cuir chevelu; langue très large et très épaisse, rugueuse à la surface moyenne et postérieure, présentant des tubercules syphilitiques dont la plupart étaient ulcérés; ulcérations sur les côtés et sur divers points de la langue entre les tubercules; salivation prononcée, malaise, faiblesse générale et dégoût des aliments; dégoût pour la distraction; tristesse et ennui presque continuels; trace de cicatrice ancienne de chancres entre le gland et le prépuce. Je prescrivis au malade les bains Richard-Nouvelle à 28° R.; boisson de Richard-Nouvelle, deux à cinq verres; gargarisme d'eau Richard-Nouvelle plusieurs fois le jour; lotions sur la tête avec l'eau du bain pendant toute sa durée.

Après six à huit jours de ce traitement, le malade se trouva dans un état assez satisfaisant; l'appétit était revenu; il avait moins de tristesse et d'ennui; les ulcérations de la langue avaient pris un meilleur aspect; la langue était moins épaisse, les squames du cuir chevelu étaient en partie tombées, et il restait à leur place de petits ulcères superficiels d'un bon aspect. Les forces étaient revenues assez pour que le malade fît quelques promenades; la salivation avait cessé presque complétement. Après quinze jours de l'usage de ces eaux, je fis passer le malade aux bains de la Reine; boisson de la Reine, gargarisme de la Reine. Après huit jours d'usage des bains et de la boisson de la Reine, le malade sentit des cuissons devant le gland, à l'endroit où s'étaient manifestés les chancres primitifs, et deux jours après, ces chancres étaient rouverts et en suppuration. Je laissai la suppuration s'établir, et je jugeai à propos de commencer l'usage des mercuriaux. Je donnai au malade des pilules de proto-iodure de mercure de un grain chaque; je touchai la langue, les amygdales et le voile avec un pinceau imbibé d'une solution étendue de nitrate acide de mercure; je lui fis prendre en même temps, de une à deux cuillerées de sirop de salsepareille, contenant 8 grains de bichlorure de mercure, et 8 grains d'opium pour un demi-litre de sirop, et je continuai les bains et les boissons. Une amélioration rapide se manifesta dans la langue, le voile du palais et l'affection du cuir chevelu. *Il ne survint aucune salivation.* Je pansai les chancres avec de l'onguent mercuriel, et après deux mois d'usage des pilules de proto-iodure de mercure et de sirop au sublimé, je fis prendre 6 grains de muriate d'or et de soude, en commençant par un seizième de grain et terminant par un dixième. Le malade guérit complétement, sans qu'il se manifestât aucune trace de récidive ni d'accident. J'ai revu ce malade deux ans après : sa constitution était forte; l'affection syphilitique avait été complétement guérie.

5e *Fait.* **Hypertrophie des amygdales.**—Mlle***, âgée de 15 ans, était sujette, depuis plusieurs années, à des amygdalites qui se répétaient plusieurs fois pendant l'hiver. A chaque nouvelle atteinte de cette affection, le volume des amygdales augmentait, et cet accroissement, dans la dernière année, avait été si grand et si rapide, qu'on avait, après avoir essayé tous les moyens résolutifs et astringents, proposé la résection des amygdales. Mais, avant d'en venir à cette extrémité, la famille de cette jeune personne voulut essayer l'action des eaux minérales, d'autant plus que la malade avait des dispositions pour le chant, et qu'on craignait que cette opération ne détruisît la voix ou n'en modifiât désagréablement le timbre. Quand mademoiselle D*** arriva à Luchon, elle était dans l'état suivant : les amygdales sont très volumineuses des deux côtés; elles laissent à peine une ou deux lignes d'intervalle entre elles; elles ont un aspect violacé; le voile du palais paraît un peu rugueux et épaissi à sa base, et est parcouru par des veines dilatées. La respiration est gênée, surtout quand la malade dort; elle ronfle même parfois; la voix est nasillarde, et quand elle veut chanter, cette disposition est encore plus marquée. La jeune personne n'est pas bien réglée. Je prescrivis des gargarismes nombreux avec l'eau de Richard-Nouvelle; des demi-bains de Richard-Nouvelle pendant vingt-cinq minutes, de 28 à 29° R., suivis d'un bain de pieds pendant huit à dix minutes à 34° R., et à la fin une douche de dix minutes sur les côtés du cou; tisane de houblon et sirop de gentiane; l'amélioration ne tarda pas à se faire sentir, et les règles, qui n'avaient pas paru depuis trois mois, se montrèrent assez abondamment après dix

jours de l'usage des bains. Après vingt-cinq bains de Richard, je fis prendre les demi-bains et la boisson de la Reine ; je prescrivis quelques promenades à cheval. A la fin du deuxième mois, la malade était guérie, malgré une chute sur le genou qui la retint plusieurs jours au lit. J'ai revu la malade deux ans après son voyage à Luchon ; elle était complétement guérie de ses amygdales, qui avaient repris leur volume normal ; ses menstrues avaient repris leur régularité, et sa voix, une des plus douces et des plus fraîches que j'ai connues, est admirée aujourd'hui comme une des plus belles et des plus pures qui se font entendre à Paris.

6e *Fait.* **Ulcères syphilitiques.** — Madame***, âgée de soixante ans, portait depuis plusieurs années un ulcère au côté gauche de la figure. Cet ulcère, de nature serpigineuse, s'était d'abord manifesté vers l'aile du nez, par des tubercules qui s'étaient ulcérés à leur surface, et qui, en se développant de proche en proche, avaient envahi presque la totalité de la joue gauche. On avait employé les topiques de tout genre, et des remèdes internes de toute nature, pendant plusieurs années, et sans succès. Quand la malade vint à Luchon en 1839, son ulcère avait un aspect fongueux, irrégulier, à bords taillés à pic, le front était brunâtre, présentant sur les bords des tubercules, les uns ulcérés, les autres encore intacts. Il était assez difficile, au premier aspect, de reconnaître la nature de l'affection ; on aurait pu soupçonner un carcinome, mais les tubercules du pourtour me portaient plutôt à penser que l'affection était ou de nature du lupus de Biett, ou estiomène d'Alibert, ou de nature syphilitique. Avec quelque soin et quelque persévérance que j'interrogeasse la malade, je ne pouvais obtenir d'elle aucun éclaircissement sur la nature syphilitique de son mal. Elle niait avoir eu des symptômes vers les organes génitaux ; elle finit cependant par avouer qu'elle pensait que son mari n'avait pas toujours été sage ; mais c'est tout ce que j'ai pu obtenir d'elle. La forme des tubercules et la couleur de l'ulcère me firent pencher pour l'opinion que j'avais à combattre un ulcère syphilitique, et j'agis en conséquence.

Je prescrivis les bains 28° R. et douches 33° R. de Richard-Nouvelle, et la boisson de la même source, avec des lotions, pendant le jour, de la même eau. Après huit jours de ce traitement, la plaie prit un meilleur aspect, elle se détergea, les bords s'affaissèrent ; mais il survint un peu d'irritation : bain émollient tous les quatre jours, de une heure et demie, à 25° R. L'ulcère se détergeait toujours davantage, mais ne semblait pas perdre de son étendue ; je donnai alors des pilules de proto-iodure de mercure, de 1/2 grain, en augmentant d'une à trois par jour. Je touchai la surface de l'ulcère avec le nitrate acide de mercure, étendu de 6 p. d'eau distillée, et le tubercule avec le nitrate acide pur en dissolution concentrée. Il survint un gonflement considérable et une très vive douleur, que je calmai par les bains locaux et généraux émollients, opiacés ; puis, pansement avec l'onguent napolitain, opiacé ; cinq jours après la cautérisation et l'usage des mercuriaux, l'ulcération avait déjà notablement changé d'aspect, le fond de l'ulcère était moins profond, plus vermeil, les tubercules touchés par le nitrate étaient plus affaissés ; les bords moins épais et moins arrondis, s'étaient rapprochés. La malade fut vivement frappée de cette amélioration, et me pria, malgré les douleurs que lui avaient fait éprouver les cautérisations, de persévérer dans le traitement ; elle me fit alors des aveux qui confirmèrent mon diagnostic. Je la cautérisai plusieurs fois, je fis prendre les bains et les boissons de la Reine ; je continuai le traitement mercuriel pendant deux mois, et la malade fut complétement guérie ; j'ai revu cette malade plusieurs années après ; la cicatrice n'avait pas bougé, elle était plate, régulière, et la malade était peu défigurée. (Suivent trois autres observations.....)

7e *Fait.* **Chute de l'utérus.** — La femme***, âgée de 25 ans, mariée depuis plusieurs années, fut prise de douleurs vives, plus violentes qu'elles ne le sont en général au moment des couches ; elles continuèrent assez longtemps sans résultat, puis tout à coup, dit la malade, l'accouchement se fit, et quand elle fut relevée de couches, elle sentit entre ses cuisses une tumeur plus grosse que les deux poings, qui partait de la vulve, et qu'elle ne put faire rentrer. Par une fausse honte, elle n'osa parler de son mal à aucun médecin, et elle garda son affection malgré les vives douleurs que cette tumeur lui faisait éprouver, pendant quatre années, en la soutenant, tant bien que mal, avec des mouchoirs ployés en cravate, et attachés après être passés sous la tumeur à une espèce de ceinture qu'elle avait fabriquée avec des bandes. Les douleurs augmentaient toutes les fois qu'elle urinait, par la cuisson que l'urine causait sur les ulcères qui s'étaient formés à la surface de cette tumeur.

Elle se présenta à moi en 1838, et nous la vîmes de concert avec notre confrère le docteur Barran. Quand la malade se présenta à notre observation, elle était dans l'état suivant : elle offrait au milieu des cuisses une tumeur allongée partant de la vulve, plus grosse en bas, où elle avait environ le volume de deux poings, qu'en haut, près des grandes lèvres. Cette tumeur, d'un aspect grisâtre, était couverte, dans toute sa surface antérieure et inférieure, de larges ulcérations irrégulières, de plusieurs centimètres d'étendue, à bords taillés à pic et saillants de plusieurs millimètres, avec des points isolés comme des îlots ; tous les ulcères baignés et recouverts d'un pus fétide gris et jaunâtre, à l'odeur duquel se mêlait une odeur urineuse que la malade répandait, du reste, dans ses vêtements. Ces ulcères étaient entretenus par l'écoulement de l'urine qui venait baigner leur surface, en exaspérant la cuisson à chaque émission. Cette tumeur était formée par le vagin renversé en entier, dans sa partie supérieure, et par l'utérus à demi renversé, dans sa partie inférieure. L'utérus n'était pas renversé complétement ; le col, très hypertrophié, était entr'ouvert et presque effacé, et le bas-fond de l'utérus venait faire une hernie de quelques lignes à travers le col entr'ouvert, de la largeur d'un écu de 5 francs environ. On distinguait très bien les divers tissus dont était composée cette tumeur.

La partie supérieure près de la vulve offrait l'aspect de la peau ; le caractère muqueux avait presque complétement disparu. On voyait bien encore quelques traces des replis transverses de la muqueuse du vagin, ce qui lui donnait une certaine apparence d'un palais de bœuf un peu desséché ; on soulevait facilement des plaques d'épithélium à sa surface. Le col de l'utérus avait un aspect moins rugueux, et le bas-fond qui faisait hernie à travers le col était encore plus lisse et comme tapissé par une séreuse un peu desséchée, ou mieux comme la muqueuse des lèvres gercées. Cette tumeur était dure, rénitente ; on voyait que les tissus étaient hypertrophiés et à l'état morbide ; on la déprimait cependant un peu en la serrant. Le ventre, au dessus du pubis, était aplati et comme déprimé. Cette femme voyait quelquefois ses règles qui venaient humecter la surface du bas-fond de la matrice, et le sang se mêlait au pus et à l'urine pendant les époques menstruelles. Elle était très amaigrie et très faible par suite de ses souffrances et par la longue et abondante suppuration de la surface de la tumeur. La malade ne vaquait que péniblement aux soins intérieurs de son ménage, et comme toutes les femmes dans sa position, elle éprouvait un vif chagrin de ne pouvoir plus accomplir les devoirs d'épouse, et par suite, de ne pouvoir plus être mère. La position de cette

malheureuse m'intéressa vivement, et je résolus de faire tout ce qui dépendrait de moi, sinon pour la guérir, du moins pour améliorer sa position.

Je lui fis d'abord prendre quelques bains tièdes émollients pour nettoyer cette tumeur et pour calmer la vive irritation des ulcérations. Après ces bains, je touchai légèrement les ulcérations avec une solution étendue d'abord au dixième, puis au sixième de nitrate acide de mercure, et après avoir couvert quelque temps la tumeur, après les cautérisations, avec des compresses imbibées d'eau froide, je fis des pansements avec du cérat opiacé, et je recouvris la tumeur de cataplasmes émollients recouverts de taffetas gommé. Sous l'influence de ce traitement, la malade devint moins souffrante; les ulcères, soustraits au contact de l'urine, prirent un meilleur aspect, mais la tumeur conserva sa grosseur et sa dureté. Je fis alors, environ huit jours après l'arrivée de la malade, commencer les bains de la source Richard-Nouvelle à 27° R. Cette source contenait 0 gm., 0246 de principe sulfureux. Après huit bains les ulcérations étaient diminuées de moitié; les bords s'étaient effacés; la tumeur était bien moins grosse et plus ramollie; la muqueuse vaginale avait un aspect plus lisse, et elle commençait à être lubrifiée. Je commençai alors, outre les bains, l'usage de douches légères en arrosoir de 29 à 30° R. pendant deux à dix minutes graduellement, à deux pieds de pression. Alors commença d'une manière rapide la diminution de la tumeur et le retour des parties à l'état normal. Après un mois, je pus faire rentrer les parties, après les avoir légèrement malaxées pour les diminuer autant que possible. Je les maintins à l'aide d'un sachet en gaze un peu forte, de forme allongée, rempli d'une éponge imbibée d'une décoction de vin aromatique, dans lequel on avait fait bouillir de l'écorce de chêne, et saupoudré de poudre de noix de galle très finement pulvérisée. J'avais en vue, si je puis m'exprimer ainsi, de tanner le vagin pour lui donner assez de raideur pour empêcher l'utérus de retomber. Après quelques jours de l'usage continu de ce tampon, je fis reprendre les bains de la Reine et faire quelques injections avec l'eau du bain, afin de finir de résoudre le col; la malade le replaçait après le bain. Après deux mois de traitement, la malade quitta Luchon dans un état satisfaisant, avec la recommandation de continuer l'usage du vin aromatisé, de l'éponge et du tannin pendant plusieurs mois, puis de porter l'éponge ou un autre pessaire. Mais après quelques mois, la malade, se trouvant mieux, voulut se livrer à ses devoirs conjugaux, elle négligea de mettre l'éponge et finit par devenir enceinte. Elle accoucha heureusement sans que son accident se renouvelât, et aujourd'hui elle est complétement guérie. J'ai eu des nouvelles de la malade dans l'année 1841, elle allait toujours très bien.

Si l'on considère combien était grave l'état de cette malade, et combien peu il y avait à espérer d'obtenir une guérison complète, on doit être émerveillé du résultat obtenu, surtout si l'on compare ce résultat à ceux donnés par les autres moyens dans des circonstances analogues. Des praticiens distingués ont proposé et exécuté, sans accident, la suture de l'orifice du vagin, mais sans succès. Des chirurgiens plus hardis ont enlevé l'utérus, et la mort des malades en a été la suite. Le seul résultat satisfaisant que je connaisse est celui obtenu par mon ami, M. le docteur Chaumet, chirurgien distingué de Bordeaux, qui a rétréci le vagin par une excision latérale et longitudinale, et qui a joint, pour rendre l'utérus moins pesant, la section du col. Mais il reste à savoir si la malade pourra se livrer au devoir conjugal et concevoir, et surtout accoucher avec ce rétrécissement du vagin. (Suivent d'autres observations.)

— Ces faits, quoique peu nombreux, n'en sont pas moins dignes d'intérêt, puisqu'ils confirment l'action puissante des eaux sulfureuses naturelles dans des affections diverses, lorsque d'autres médicaments, e notamment les eaux sulfureuses artificielles, n'avaient eu aucun résultat, malgré leur usage prolongé, et quelquefois repris à diverses époques, pendant la durée de la maladie. Je suis loin de penser que ces faits soient particuliers aux eaux de Luchon; d'autres sources des Pyrénées doivent les produire, mais peut-être avec moins d'activité, car les eaux de Luchon sont les plus sulfureuses et les plus alcalines des eaux thermales sulfureuses naturelles des Pyrénées, dans leurs sources les plus actives, quoiqu'elles soient aussi des plus variées. La température s'élève de 17° cent. à 67° cent., et la sulfuration de 0 gr., 0017 à 0,0690 du sulfhydrate sodique. Je dirai à ce sujet un mot d'une question que j'avais posée dans mon travail sur l'établissement et les fouilles de Luchon. Peut-on imiter une source d'une localité avec une autre source naturelle d'une autre localité, ramenée à la même température et au même degré de sulfuration?

Voici ce que je me demandais en théorie; voici ce que je réponds en pratique : *Non*, il n'est pas possible d'imiter tout à fait, surtout au point de vue thérapeutique, une source d'une localité par une source d'une autre localité, principalement pour celles qui ont une action spéciale sur certains organes. Ainsi, il existe deux sources : la vieille des eaux Bonnes et Laraillère de Cauterets, que l'on ne peut reproduire dans aucune localité des Pyrénées, pour l'action qu'ont ces deux sources sur les affections de poitrine, et notamment sur l'état de tuberculisation au premier degré, avant le ramollissement. J'ai voulu tenter quelques essais à Luchon, où il est facile de reproduire les sulfurations et les températures des autres localités; et j'ai vu que des maladies sur lesquelles je n'avais aucune prise et que j'exaspérais, pour ainsi dire, obtenaient d'excellents résultats à Cauterets ou à Bonnes. A Cauterets, chez les personnes un peu pléthoriques, à Bonnes, chez les lymphatiques, car les eaux de Laraillère de Cauterets sont bien moins actives et moins excitantes que les eaux de Bonnes.—Non, on ne peut imiter les sources de Barèges pour les vieilles plaies fistuleuses d'armes à feu; à Luchon, elles sont trop alcalines et trop excitantes; *ailleurs, elles le sont trop peu*; et c'est avec regret que je vois qu'on veut transporter, dit-on, à Arles l'établissement militaire de Barèges. Je concevrais qu'on fît à Arles, et mieux à Ax, un second établissement militaire pour d'autres maladies que celles qui sont si heureusement traitées à Barèges; mais je regarderais comme un acte de lèze-humanité qu'on supprimât l'établissement militaire de Barèges, pour le transporter ailleurs. Il est des cas, cependant, moins spéciaux, où certaines sources peuvent être, jusqu'à un certain point, les succédanées d'autres sources

qui ont plus ou moins d'analogie avec elles, quoique je n'aie jamais rencontré deux sources qui fussent identiques. Ainsi, pour certaines affections cutanées, Barèges et Luchon, Ax et Cauterets, Moligt et Vernet, peuvent être utiles, et tous ces établissements ont à signaler des cas importants de guérisons ; mais dans les cas rebelles, l'action sera d'autant plus marquée que les eaux seront plus énergiques.

Certaines affections syphilitiques, rhumatismales ou lymphatiques pourront trouver soulagement ou guérison dans toutes ces localités; mais, pour les vieilles affections syphilitiques ou invétérées, j'aimerais mieux Barèges ou Luchon, et pour les légères, Cauterets, source du bois; Ax, Bainfort, Vernet, Saint-Petit-Saint-Sauveur, suffiraient, tandis que pour certains rhumatismes nerveux et pour certaines affections subinflammatoires de l'utérus, j'aimerais mieux Saint-Sauveur ou les eaux chaudes, les bains Soulerat de Luchon, ou le Petit-Saint-Sauveur de Cauterets, ou la source Eliza de Vernet, enfin Ussat ou Bigorre, s'il y avait trop d'irritation; car ces eaux réussissent quelquefois là où les eaux sulfureuses ont échoué, et c'est en général par elles qu'il faut débuter, s'il existe de l'irritation. Sans doute une pratique intelligente finira par spécifier les affections et les malades qui se trouveront mieux de telle ou telle source; mais cette étude est encore à faire; et si jamais un homme construit avec intelligence et bonne foi le monument de la thérapeutique des eaux, je m'efforcerai d'apporter, pour ma part, quelques matériaux à l'édifice. Nous devons être convaincus, par l'impossibilité où nous sommes d'imiter une eau des Pyrénées d'une localité, par une autre eau des Pyrénées d'une localité différente, qui contient tous les mêmes principes, et les principaux avec les mêmes proportions, combien plus il est difficile de reproduire artificiellement ces mêmes eaux, dont on ne peut bien imiter quelques-uns de leurs principes, et dont on ne peut dans aucun cas reproduire les principaux.

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

Eau salée. — L'eau qui tient un sel en dissolution le laisse précipiter lorsqu'elle se convertit en glace. Dans quelques contrées du Nord, on profite du frais de l'atmosphère comme d'un moyen préparatoire pour extraire les sels des eaux de la mer. On fait entrer une couche d'eau peu épaisse dans des fosses pratiquées à cet effet : une partie de cette eau, en se congélant, abandonne les molécules salines, qui se concentrent dans la portion encore liquide; en sorte que celle-ci n'a plus besoin que d'être exposée à une chaleur médiocre pour que son évaporation permette au sel dont elle est chargée de se cristalliser.

Eaux iodées. — Il y a trois ans déjà que nous avons signalé, par la seule force de l'induction, le principe d'après lequel on pouvait présumer dans une eau minérale l'existence d'un composé iodé, ce qui devait conduire les propriétaires de certaines sources à faire faire une nouvelle analyse d'après les données récentes de la chimie. Plusieurs se sont trouvées depuis lors enrôlées parmi les iodées, par suite de la découverte du principe en question. En voici une nouvelle, découverte en Toscane : nous voulons parler de l'eau dite de *Castrocaro*, placée à peu de distance du pays de ce nom, sur la route qui conduit de Florence à Forli. Elle est froide, extrêmement salée, désagréable à boire, et d'une efficacité hyposthénisante tellement prononcée que son usage exige une grande surveillance, surtout chez les sujets peu robustes. La proportion d'iodure de sodium qu'elle contient, ainsi que celle du sel marin, est considérable. L'analyse chimique y a signalé les éléments suivants pour chaque livre d'eau :

Chlorure de sodium,	292,7892 grains.
Iodure de sodium,	0,7177
Bromure de sodium,	0,0472
Sulfate de soude,	12,8479
Carbonate de chaux,	3,4400
Carbonate de magnésie,	1,6692
Silice, fer, matière organique,	1,4888
Total,	313,0000 grains.

Il y a à cette source un établissement de bains. On a dû s'occuper de la question de savoir si les baignoires en cuivre pouvaient convenir : on l'a résolue négativement, par la raison que les iodures et les bromures attaquent le cuivre. La brique est facilement pénétrée et rongée par l'eau salsoiodée. On a donc dû s'arrêter aux baignoires en fer-blanc verni, ou en marbre (Gazzetta toscana delle scienze medico-fisiche, 2 juin 1845).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des fièvres, d'après l'Ecole italienne.

Nouvelles données thérapeutiques (2e art.).

La fièvre intermittente légitime dont nous avons, dans le dernier numéro, commencé l'étude, n'est considérée généralement en France que comme une névrose. M. Bouillaud, par exemple, a, dans son ouvrage (Clinique), placé cette maladie en tête de la section qu'il consacre aux névroses du système nerveux ganglionnaire ou de la vie organique; et il débute par les paroles suivantes : — « *Des diverses névroses* qui peuvent, dit-il, survenir dans les fonctions que le système nerveux ganglionnaire paraît tenir sous son empire, les seules dont nous avons recueilli des exemples pendant le semestre clinique d'avril à septembre 1836, sont celles qu'on désigne sous le nom de fièvres intermittentes. Nous avons, il est vrai, rencontré chez un grand nombre de malades des *palpitations de cœur*, des *irrégularités dans les battements de cet organe*, des suspensions momentanées de ces mêmes battements (*syncopes*, défaillances, *lypothimies*); mais comme, dans tous ces cas, les désordres indiqués se rattachaient à l'existence de maladies organiques, aiguës ou chroniques, dont nous avons parlé ailleurs, nous ne pouvions les consigner ici. » (Bouillaud, Clinique, t. 3, p. 238). — Ainsi la fièvre intermittente serait une névrose! Cherchez-en la raison, l'explication; vous ne la trouverez nulle part; et pour justifier ce silence, on vous dit : la *médecine exacte* s'en tient aux faits, elle n'a pas de théories, elle n'explique rien. — Cependant, qu'est-ce que cette

caractérisation des fièvres intermittentes, s'il vous plait, si ce n'est une explication, une théorie, un système? Pas autre chose en réalité ; seulement elle est *complétement erronée*, ainsi que nous le démontrerons, l'autopsie à la main ; et nous verrons si les faits mêmes rapportés par M. Bouillaud ne donnent un démenti solennel à cette théorie!

Ce qui nous frappe dans l'état actuel de la médecine à Paris, c'est de nous entendre à chaque instant reprocher sévèrement (et ce reproche s'applique aussi à nos confrères d'Italie) d'être théoricien, de trop chercher la valeur scientifique des faits; tandis que nous ne trouvons partout, chez ces messieurs et chez nos maîtres d'ici, que des théories plus ou moins raccourcies, comme la précédente par exemple. Et, ce qu'il y a de singulier, c'est qu'on ne croit pas théoriser, puisqu'on présente souvent sans y penser les explications comme des faits, par cela même qu'elles sont passées dans la routine et que personne ne les conteste! Loin de nous la pensée de blâmer les observateurs savants et ingénieux qui cherchent à rattacher les faits aux principes, par une appréciation scientifique quelconque ; mais ce que nous voulions mettre en relief, c'est l'illusion où l'on est quelquefois de croire qu'on ne théorise pas dans la médecine actuelle de Paris. Il serait fâcheux, selon nous, qu'il en fût autrement, car il n'y aurait pas de science alors. Ce qui nous étonne parfois, c'est d'entendre le même reproche émaner de savants distingués qui ont écrit avec raison les lignes suivantes, et dont nous partageons complétement la teneur. — « C'est une chose vraiment bien déplorable que de rencontrer encore aujourd'hui des hommes qui affectent un dédain superbe pour les théories et les systèmes en médecine, comme si la médecine pouvait exister à l'état de véritable science, sans que les faits individuels dont elle est la collection aient été expliqués, théorisés, généralisés, systématisés. » (Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*, t. 1, p. 26, 2e édit.)

Cela posé une fois pour toutes, voyons sur quelle donnée l'hypothèse de la névrose a pu se glisser à propos des fièvres intermittentes. C'est sans doute l'intermittence même, le retour périodique des accès, la succession régulière et constante des phénomènes du froid, de la chaleur, de la sueur, analogues en quelque sorte à ceux qu'on observe dans l'épilepsie et dans quelques autres affections nerveuses, mal comprises jusqu'ici, qui ont fait naître l'idée de la névrose. Si notre présomption est exacte, nous pourrons dire hardiment que : la théorie en question n'a même pas le mérite d'une conception quelque peu transcendante, car la périodicité est un fait vulgaire, banal, qui se rencontre partout dans la nature, dans la menstruation, dans les éruptions volcaniques, dans les tremblements de terre, dans le retour des saisons, dans les maladies les plus simples, telles que les hémorrhoïdes, les fluxions dentaires, les ophthalmies, etc. La périodicité des accès dans les fièvres intermittentes est comme celle des paroxismes épileptiques, des fièvres des phthisiques, un fait secondaire, accessoire, inhérent à des conditions de vascularité que nous expliquerons tout à l'heure; mais au fond, elle ne constitue pas la maladie elle-même, car ce fond est fixe, continu, invariable; et c'est à lui qu'il faut s'adresser, le scalpel à la main, pour s'en former une idée précise. On s'étonnera peut-être d'entendre qu'une fièvre intermittente n'est telle que dans les phénomènes extrinsèques ou secondaires; le fond, la condition pathologique, étant au contraire tout aussi continu qu'une tuberculisation pulmonaire ou qu'une balle enchâssée dans nos tissus. Expliquons-nous.

Nous nous sommes engagé à prouver, d'après les nombreuses autopsies de MM. Biaggi et Gargnani, que la condition pathologique de la fièvre intermittente consistait dans une phlébite centrale, c'est-à-dire dans une phlogose du cœur droit (oreillette et ventricule), et en particulier de l'embouchure des deux veines caves dans l'oreillette droite, ou des portions de ces veines contenues dans le péricarde. C'est ce qui est rendu incontestable par les faits recueillis par ces jeunes savants, et que nous allons reproduire ; mais avant, quelques explications deviennent indispensables pour saisir avec précision tout ce qu'il y a de nouveau et d'important dans ces recherches délicates. Pour reconnaître sur le cadavre la phlogose en question, il ne faut pas s'attendre à trouver des dégâts considérables. Il s'agit ici d'une phlogose à vascularisation fine, analogue à celle de la cornée, de la sclérotique, de l'iris, et dont on trouve l'analogue dans la néphrite corticale ou profonde, simple ou albumineuse. La lésion phlébo-cardiaque se montre donc sous forme d'injection vasculaire fine, serrée, par places, par anneaux ou disséminée, de couleur bleue ou violette, surtout vers la base du cœur où le tissu graisseux, serrée et blanchâtre, fait rejaillir l'injection. En outre, l'exocarde (membrane externe du cœur) est plus ou moins opaque, nuageux, part de la lymphe sécrétée dans ses mailles et dans le tissu cellulaire sous-jacent, absolument comme dans une kératite superficielle, ou dans une iritis corticale. Au milieu de cet état nuageux, on observe sur le cœur, sur l'oreillette, sur les sinus, des plaques plus ou moins larges de matière plastique, molle, entourées d'une auréole vasculaire inflammatoire. On rencontre, en outre, quelquefois des adhérences des sinus avec le péricarde, de l'oreillette avec les veines caves ; des flocons de matière plastique existent aussi dans le liquide du péricarde. La maladie offre une foule de degrés et de variétés, et ses symptômes accessoires présentent naturellement des différences selon ces mêmes variétés. La phlogose est cantonnée souvent dans les sinus; de temps en temps, elle s'exaspère, s'élargit, s'étale sur l'oreillette et sur le ventricule droits, pour revenir ensuite à son point primitif ; absolument comme certaines phlogoses chroniques de la conjonctive qui, à telle heure du jour, avec ou sans régularité, s'élèvent pour ainsi dire, remontent à l'instar d'une éruption volcanique et s'étalent de la

paupière sur le globe oculaire, et déterminent du larmoiement, de la photophobie, etc. A chaque exaspération périodique de la phlébite centrale, vous avez un accès avec des phénomènes parfaitement expliqués par la saine physiologie pathologique. Alors la phlogose marche parfois vers le cœur gauche, et il en résulte d'autres phénomènes faciles à diagnostiquer, et que MM. Biaggi et Gargnani ont très bien mis en évidence, ainsi qu'on va le voir par leurs autopsies et par leur description.

Pour saisir, disons-nous, ces altérations fines, il faut d'abord ne pas faire tardivement l'autopsie, ne pas déplacer le cœur du cadavre, ouvrir le péricarde, l'observer *in situ*, à un grand jour, puis le soulever délicatement, tirer fortement sa pointe, afin de faire saillir l'injection et l'état nuageux de l'exocarde; chercher surtout en arrière, sur la face postérieure de l'organe, dans la direction du grand tronc des veines coronaires, et tenir compte de toutes les circonstances que nous allons indiquer.

Il ne faut pas oublier que ces altérations peuvent être plus ou moins prononcées; qu'elles le sont peu chez les sujets qui ont fait des pertes sanguines, et chez ceux qui ont succombé à une époque éloignée des accès, par la raison que souvent les phlogoses ne laissent pas de lésions matérielles sensibles après la cessation de la vie; on en voit tous les jours des exemples dans certaines ophthalmies, dans certains érysipèles, etc. On comprend déjà combien serait illusoire un examen de ce genre sur un cœur extrait du cadavre plus ou moins putréfié, altéré par l'imbibition, par l'action de l'air, etc. —Disons enfin que la clé de tous les phénomènes de la fièvre intermittente est dans l'espèce d'impuissance dont le cœur droit est frappé par le fait de la phlogose, impuissance d'aspiration qui entraîne une stase de sang dans les veines caves, dans tout le système veineux abdominal, dans la rate, dans le foie, qui donne lieu à tous les phénomènes secondaires propres à la maladie, et dont on verra plus bas l'analyse anatomo-physiologique. Les syncopes, les lipothimies, les troubles cardiaques dont parle M. Bouillaud ne sont en réalité qu'une conséquence d'un pareil état du cœur, et il est étonnant que cet habile clinicien qui a tant approfondi l'étude des maladies du cœur se soit laissé échapper ce point important des affections de cet organe. M. Bouillaud n'a pas connu, en effet, n'a pas décrit la phlébo-cardite droite, ni même la cardite gauche à sa première période, qui est la plus fréquente; il ne s'est arrêté qu'à la cardite la plus avancée, déjà arrivée à des terminaisons plus ou moins grossières, pour ainsi dire. On verra qu'il y avait là une lacune importante à remplir, et que les travaux que nous allons exposer sont dignes d'une grande considération. Que signifient d'ailleurs ces fièvres intermittentes guéries par M. Bouillaud à l'aide de la digitale, si ce n'est des cardites méconnues? (Ouvr. c.) Qu'est-ce que les guérisons qu'on obtient à la journée au moyen d'un remède hyposthénisant cardiaco-vasculaire, tel que le sulfate de quinine, combiné ou non à la saignée? Singulières névroses!

Prenons d'abord la fièvre intermittente à son maximum de gravité pour nous en former une idée claire, savoir à l'état où les deux cœurs sont à la fois frappés de phlogose, où le mal a gagné d'autres organes par propagation de la phlébo-myo-cardite double au cerveau, aux grosses artères; où l'intermittence des accès a dû par conséquent devenir presque nulle, et la maladie s'offrir sous la forme qu'on appelle *pernicieuse*; variété fréquente en Italie, et que nous avons vue plusieurs fois dans ce pays, et suivie jusqu'à l'amphithéâtre anatomique. Le fait suivant se rapporte à la pernicieuse encéphalique; nous l'extrayons de la brochure du docteur Biaggi (Memoria sulla vera sede della febbre. Padoue, 1842).

Observation clinique. — Giuseppe Mestre, âgé de 38 ans, garde aux Finances, de constitution pas très robuste, mais cependant bien conformé, tempérament bilieux ou veineux. A l'âge de 20 ans, il avait eu quelques attaques assez légères d'une fièvre qu'il appelle rhumatique, de peu de durée, et dont il s'était promptement et facilement débarrassé. Par la suite, il s'est toujours bien porté. Il vient d'habiter, pendant trois mois, les endroits marécageux de la province du Polesine, et il y a contracté la fièvre tierce. Les accès venaient à 9 heures du matin, et, après plusieurs attaques, son foie et sa rate se sont notablement développés, et ce volume exagéré est allé toujours en augmentant. Il y a un mois, il est entré à l'hôpital de Rovigo pour cette fièvre, où il a été traité; mais il s'est hâté d'en sortir avant d'être complétement guéri, car le gonflement du foie et de la rate persistait; la fièvre a reparu peu de temps après, et le malade s'est rendu à Padoue. En voyage, il a reçu de la pluie, il s'est enrhumé, a eu un peu de toux, par une légère titillation à la gorge et sans aucune lésion appréciable du côté du poumon. Il s'est fait recevoir à l'hôpital de Padoue, aujourd'hui 18 juin 1842. Au moment de son entrée, il n'a pas de fièvre. Le lendemain, il a été examiné et a offert l'état suivant :

Etat actuel. Maigreur générale; chaleur dermique presque normale; visage d'une teinte jaunâtre, terreux. Pas de céphalalgie. Langue assez nette; appétit conservé; désir de boissons aqueuses. La poitrine n'offre rien de remarquable la respiration, à peine plus fréquente qu'à l'état normal, est libre partout; cependant le malade accuse de temps en temps quelques petits coups de toux et un sentiment de titillation et de resserrement derrière la partie supérieure du sternum; il rend quelques crachats tout à fait de salive. Les pulsations des carotides sont vivaces; et derrière la fossette sternale, on sent, avec les doigts, des pulsations vives. Pouls non résistant à la pression, à peine plus fréquent qu'à l'état normal (on a oublié de noter le nombre des pulsations. — Les hypochondres sont gonflés par le développement anormal du foie et de la rate. L'hypochondre gauche est douloureux sous une forte pression. Le malade accuse, dans cette région, un sentiment de pesanteur, et aussi dans l'hypochondre droit; quand il se couche sur ce côté, il éprouve une douleur sourde, obtuse dans cet hypochondre. Gardes-robes naturelles. La nuit dernière, il a bien dormi. Ce matin, il dit que la petite toux est presque nulle; quelques crachats muqueux; pas d'accès de fièvre. — On tient le malade à l'étude, et l'on prescrit en attendant, quelques pilules de rhubarbe et de calomel, dites de Rivière; une limonade nitreuse pour tisane.

A 10 heures du matin, il est pris de céphalalgie générale intense, lancinante ; puis de fièvre qui a commencé par un frisson, lequel a duré deux heures et a été suivi de chaleur générale. Aussitôt sont survenues des convulsions aux membres, du délire, abolition des sens, rotation des yeux, dilatation des pupilles, strabisme, agitation violente de tout le corps et palpitations au cœur. On pratique de suite une saignée d'une livre; le sang est couenneux ; caillot résistant. Le malade est tombé dans un coma progressif; pouls dur, plein, fréquent. — A 7 heures du soir, on pratique une saignée de la jugulaire; les convulsions ont diminué, mais la respiration est devenue difficile et intermittente; le malade a expiré à 9 heures du soir.

Autopsie, 36 *heures après la mort.* — Température atmosphérique très chaude; vent dominant, *scirocco;* néanmoins le cadavre est bien conservé et n'offre pas le moindre signe de putréfaction. — *Crâne.* La surface externe de la dure-mère est très injectée. Sur plusieurs points, cette injection offre les caractères de la phlogose, les vaisseaux injectés étant vivaces, distendus, serrés, écarlates, et non flasques et pâles comme dans le reste de la membrane. Vers la paroi supérieure du sinus longitudinal, la dure-mère est épaissie, un peu injectée, de couleur jaunâtre, opaque, ce qui est attribué à de la lymphe plastique récente, versée entre les mailles de son tissu. D'autres points légèrement jaunâtres et opaques s'observent ailleurs dans la dure-mère. Sur ces points, on remarque à la surface une matière presque muqueuse, ce qui rend la membrane comme lubréfiée. — On ouvre la dure-mère; l'on trouve à la surface des deux hémisphères du cerveau, entre l'arachnoïde et la pie-mère, une transudation de lymphe sémi-fluide, homogène, jaunâtre, puriforme, en telle quantité que toutes les personnes présentes en sont étonnées, vu la courte durée de l'accès. La pie-mère est injectée, de couleur rouge vif, plus dans certains endroits que dans d'autres. Elle est un peu opaque et assez résistante. La matière transudée laisse voir à travers sa substance un beau réseau vasculaire et les circonvolutions cérébrales, excepté dans les points où passaient les plus gros vaisseaux; là la lymphe forme une couche plus épaisse. La pie-mère se détache facilement, par grands lambeaux, de la pulpe cérébrale, laissant intactes les circonvolutions, ce qui n'a pas lieu comme on sait dans l'état normal, et prouve que les vaisseaux turgescents de sang sont ramollis, et non la pie-mère elle-même.

On enlève le cerveau avec précaution, et l'on trouve dans le tube de l'arachnoïde qui enveloppe la moelle allongée une quantité surprenante et libre de lymphe plastique, jaunâtre, mêlée à du sérum. A la base du cerveau renversé, se voit une couche de lymphe plastique adhérente, tellement épaisse qu'elle empêche de voir soit la pie-mère à travers, soit les pédoncules du cerveau, soit l'origine des nerfs, soit le circuit de Willis; elle cache également les artères vertébrales et le pont du Varole. Cette lymphe plastique existe non seulement entre l'arachnoïde et la dure-mère de ces endroits, mais encore là où les lobes moyens du cerveau environnent ses pédoncules, où passent les deux grandes artères des fosses de Silvius; ici la matière infiltre le tissu cellulaire qui enveloppe leurs nombreuses ramifications. Comme les deux méninges adhèrent çà et là entre elles, la matière versée entre elles s'offre comme enkystée dans des concaméra tions distinctes; de sorte qu'il est difficile de suivre le cours des vaisseaux injectés morbidement. — Il est à noter qu'à la base du cerveau les deux méninges ne présentent pas leurs vaisseaux aussi injectés que celles de la face supérieure de l'organe; à la base les vaisseaux injectés étaient les capillaires les plus fins. Aussi la quantité de la matière épanchée est en raison inverse du volume des vaisseaux enflammés. — On ôte la pie-mère de la base du cerveau; le pont de Varole et les pédoncules du cerveau sont de consistance presque normale, si ce n'est que leur substance qui existe au côté interne des pédoncules est plus obscure que dans l'état normal. Coupée transversalement, la pulpe pédonculaire paraît plus foncée que dans l'état normal, et l'on voit un grand nombre de petits vaisseaux rouges y pénétrer, venant de la surface de chaque pédoncule. Ces vaisseaux rappellent ceux de l'anneau péricornéal ou de la sclérotique dans la kératite; on les voit surtout magnifiquement à la loupe. La substance grise des circonvolutions est d'un jaune clair sur quelques points, d'un jaune rosé sur d'autres, ce qui paraît dépendre d'une infiltration de matière puriforme versée par la pie-mère à sa surface interne et par les petits vaisseaux qui y pénètrent. — Dans les ventricules latéraux, la pie-mère est injectée; leurs cavités contiennent du sérum trouble, puriforme. Le corps calleux est ramolli à sa surface inférieure et couvert de matière puriforme jaunâtre; la même matière se rencontre dans le quatrième ventricule. La substance grise des corps triés est rosée, ainsi que celle de ses ailes cendrées qui sont en même temps gonflées à la partie inférieure dudit ventricule. La substance médullaire du corps oval de Vieussens est sablée d'un pointillé rouge sanguin.—Le nevrilème de tous les nerfs du cerveau est vivement et admirablement injecté; il est détaché de la pulpe nerveuse sous-jacente par de la lymphe purulente épanchée entre eux.

Thorax. — Le péricarde est à l'état normal; il contient un peu de sérosité à l'ordinaire. Le cœur, à peine plus gros que dans l'etat naturel, offre à la face externe des signes évidents de phlogose récente assez intense; on y voit d'abord une plaque ronde, de la largeur d'un franc, au moins, à la face antérieure du ventricule droit, près de la base; cette plaque est d'un blanc noisette, un peu saillante, formée dans la membrane externe du cœur, laquelle est devenue dans ce point plus épaisse, plus serrée, plus résistante par de la lymphe plastique sécrétée dans ses mailles et dans le tissu cellulaire sous-jacent. Une autre plaque pareille se rencontre à la face postérieure du ventricule gauche, près de l'oreillette gauche. Des brides accidentelles, analogues à celles qui se forment souvent entre le poumon et la plèvre, réunissent l'oreillette droite à l'aorte. Parmi les autres signes de phlogose récente, on remarque que la membrane externe de la face antérieure du cœur est opaque, comme nuageuse, à tel point de ne pas laisser voir les fibres musculaires sous-jacentes. La même membrane est en même temps tuméfiée, de consistance pulpeuse et molle, par de la lymphe plastique extravasée dans son tissu et entre elle et les fibres musculaires, et c'est ce qui lui donnait la teinte que nous venons d'indiquer. (On sait que dans l'état normal, la membrane externe du cœur est extrêmement mince, lisse, transparente, laisse voir les fibres musculaires sous-jacentes.) Des injections de petits vaisseaux rouges, serrés, entrelacés, se voient par ci, par là à la face externe du cœur, sur la membrane en question. Cette injection présente une apparence analogue à celle que M. Rayer a représentée comme type de la néphrite albumineuse, à la figure 8, de la planche 10, de son *Traité des maladies du rein*; seulement la couleur de l'injection est plus vivace au cœur. A la surface postérieure de cet organe, près de la base, la membrane externe est très-injectée par un entrelacement transversal d'un nombre infini de petits vaisseaux très fins. Cette injection ressemble assez à celle que M. Rayer a représentée à la fig. 7 de la planche 1re de son ouvrage, comme type de néphrite corticale.

Au sommet du cœur, on remarque une autre injection, mais moins serrée et moins fine. La substance musculaire du cœur ne paraît pas altérée. L'endocarde est rouge. Les cavités cardiaques offrent des dimensions normales.

L'aorte offre à sa face externe, spécialement près du cœur, de la rougeur vive, par une injection très serrée de petits vaisseaux fins. Sur cette rougeur est une couche légère de matière comme nuageuse, jaunâtre, qui est plus abondante vers l'origine de l'aorte, et formée par une sécrétion de lymphe plastique sous la membrane externe du vaisseau. Cette membrane présente de légères proéminences, analogues à des rugosités, très larges surtout à l'arc aortique et vers l'origine des carotides. Là aussi la rougeur est intense et se propage dans une certaine étendue dans les carotides. Sous la membrane interne de l'aorte il existe de la matière jaune et molle. Les membranes de ce vaisseau n'offrent pas leur résistance ordinaire : elles semblent un peu flasques et se laissent aisément séparer l'une de l'autre. Disons enfin qu'il existe dans les cavités du cœur et de l'aorte du sang demi liquide et des caillots fibrineux et jaunâtres. — Après l'examen minutieux des artères, on examine toutes les veines principales; leur surface interne est généralement d'un rouge foncé; elles sont flasques, ce qui n'autorise aucune conclusion, vu l'altération que les tissus subissaient déjà après une dissection si longue dans une saison très chaude. — Les organes abdominaux sont examinés avec soin : le foie et la rate sont gonflés et ramollis; ce gonflement tient à une simple congestion sanguine et non à de la lymphe plastique sécrétée dans les mailles de leur tissu. La portion de péritoine qui recouvre la rate est manifestement enflammée.

« Il résulte de cette autopsie, dit l'auteur, que le cœur était enflammé à sa surface externe, mais à un degré moindre que le cerveau, et, dans les deux organes, la phlogose s'est accompagnée d'épanchement; seulement, il a été moindre au cœur qu'au cerveau, précisément en raison du degré d'inflammation. L'inflammation du cœur exaltait la fonction de cet organe : de là fièvre. A l'inflammation de la dure-mère se rattache la céphalalgie que le malade a présentée d'abord; à la phlogose de la substance sous-jacente du cerveau se lie l'origine du délire; à celle de la base de cet organe et des nerfs se rapportent les convulsions ; par l'épanchement qui s'en est suivi, on se rend compte de la mydriase, de l'éclipsement des sens, de la paralysie du mouvement et de la mort. Aussitôt le coma déclaré, le pouls est devenu moins fréquent et moins vibrant. — Si l'on réfléchit, ajoute M. Biaggi, 1° que ce malade était depuis quelque temps affecté de fièvre intermittente tierce, contractée dans des endroits marécageux; par conséquent, de nature tenace, difficile à déraciner promptement, d'autant plus que le mal avait jeté des racines profondes; 2° que le malade n'avait cessé d'avoir la fièvre que depuis quelques jours seulement, et que l'état de gonflement de la rate et du foie, gonflement toujours progressif, et le teint terreux de sa face, rendaient la fièvre familière en quelque sorte chez lui. (En effet, quand il a été examiné à son entrée à l'hôpital, il a été jugé comme devant avoir prochainement de nouvelles attaques) ; 3° que l'attaque qu'il a éprouvée le lendemain de son entrée, à l'heure ordinaire des accès précédents, a offert tous les caractères et la marche des fièvres intermittentes, avec des symptômes exactement pareils à ceux qu'il éprouvait habituellement, savoir : céphalalgie d'abord, puis froid intense de la durée de deux heures, ensuite chaleur fébrile, etc. Si l'on considère, disons-nous, ces circonstances, on ne peut guère se méprendre sur la nature de la maladie primitive qui, s'étant cette fois compliquée des symptômes graves, a tué promptement le malade avec tous les caractères de la fièvre pernicieuse céphalique.

« La fièvre intermittente, continue M. Biaggi, n'était pas par elle-même grave, puisque la cardite que nous avons rencontrée à l'autopsie, et qui en était la source, n'était pas très intense; elle se présentait avec toutes les apparences de la curabilité, l'état du foie et de la rate qui l'accompagnait n'étant qu'une simple congestion; et sans la méningo-encéphalite, qui est venue la rendre pernicieuse, les remèdes ordinaires, les hyposthénisants cardiaco-vasculaires, auraient enlevé sûrement, avec la cardite, la fièvre et la congestion hépato-splénique. Sans l'encéphalite, la rémission aurait succédé à l'accès, et le quinine qu'on aurait administré pour couper une névrose, c'est-à-dire une prétendue maladie sans siége, n'aurait fait autre chose que combattre la cardite à l'insu du médecin. Il importe de faire remarquer, au reste, que dans ce cas, indépendamment de la cardite et de l'encéphalite, il existait une artérite manifeste, ce qui constituait une autre complication de la fièvre. Cette artérite a été évidente par la couleur écarlate des capillaires de l'encéphale, du cœur et de la face externe de l'aorte, par l'état couenneux du sang et par les épanchements de lymphe plastique que nous avons rencontrés, au lieu de sérum simple; et enfin par la dureté du pouls et par la marche très rapide de la maladie. L'aorte était d'ailleurs, chez cet individu, préalablement enflammée à l'état lent et chronique, ainsi que cela résultait des battements vivaces des carotides et derrière la fossette sternale; nous avons trouvé d'ailleurs, à l'autopsie, que les membranes de l'artère aorte étaient ramollies, flasques, facilement séparées entre elles. Il y a tout lieu de croire que ces diverses lésions s'étaient exaspérées par l'action de la pluie à laquelle le patient avait été exposé; qu'elles s'étaient propagées en bas vers le cœur, et en haut vers le cerveau. De là, passage d'une intermittente simple à une intermittente pernicieuse. On peut soutenir raisonnablement néanmoins, que si la complication cérébrale n'eût pas été aussi intense, le mal eût été, par un traitement énergique, ramené à sa condition primitive d'artéro-cardite, avec intermittence fébrile; et s'il se fût propagé, au contraire, dans un grand nombre d'artères, ailleurs qu'au cerveau et dans le cœur gauche, on aurait vu la fièvre perdre son caractère intermittent et devenir continue. » — L'observation suivante est extraite d'un travail plus récent que les deux auteurs viennent de publier dans le *Memoriale della medicina contemporanea* de Venise.

Observation. — Un jeune homme robuste, appelé Mu-

naretto, est reçu à l'infirmerie des prisons criminelles de Padoue, à une heure avancée de l'après-dîner. A l'examen, M. Biaggi lui trouve le pouls fréquent, mais faible; langue molle et humide, à peine couverte d'une légère couche blanche; rien de notable du côté des viscères. Les antécédents n'ont pu être bien connus. La nuit suivante, il est pris de délire avec raideur musculaire. Le lendemain matin et les jours suivants, il a offert régulièrement un refroidissement général, surtout des extrémités qui se couvraient de taches violacées, pâleur extrême à la face, lèvres violettes ainsi que le bout des doigts. Pendant cette période, dont la durée était de trois heures, le malade, bien que froid aux extrémités, accusait de la chaleur à la tête; le pouls était déprimé, lent, profond, difficile à trouver. A cet état succédait une période de chaleur modérée; le pouls se relevait, battait avec quelque force, de la fréquence et de la dureté; délire maniaque. Ce symptôme se montrait quelquefois aussi dans la période de frisson. Ces phénomènes ont été peu prononcés les deux premiers jours; leur durée a été moindre le septième jour. Le malade est mort le 8e jour, pendant le stade de froid qui a été de courte durée. Le pouls s'est affaissé, le malade a été pris de syncopes répétées, ainsi que cela avait déjà eu lieu le second jour, et il a succombé. On avait diagnostiqué une *phlébite centrale sous forme de fièvre quotidienne intermittente irrégulière.*

Autopsie. On ouvre d'abord le thorax; on découvre le cœur, on relève sa pointe et on la tire fortement, afin de voir à l'aide d'une vive lumière toute la face postérieure de l'organe: le sinus gauche est injecté, de couleur violacée, plus que rouge; ses deux grosses veines et l'oreillette sont pareillement injectées. On remarque à la face postérieure du même sinus une teinte jaune, mélangée de l'injection rouge ci-dessus indiquée, produite par la présence de matière plastique. Cette matière donne à la région une apparence chagrinée. On sait, au reste, qu'à l'état normal, les parois des sinus sont lisses, d'un blanc grisâtre, analogues au péritoine qui revêt les muscles droits, sans vascularisation apparente, si l'on excepte quelques rares petites veines isolées, profondes. On voit enfin quelques arborisations manifestes, formées par des veines distendues par du sang bleu, dans la parois postérieure du sinus indiqué. — Le tronc des veines coronaires est turgescent, plein de sang; ses diramations les moins minces qui se disséminent sur le ventricule gauche, le sont pareillement. Dans cette région l'exocarde (membrane externe du cœur) offre quelques petits points opaques. Les fibres musculaires de l'organe présentent leur teinte ordinaire. Une injection vasculaire fine et serrée, d'un rouge bleu, se voit descendre du sinus gauche sur le gros tronc des coronaires, sur la graisse de la base du cœur et même sur le ventricule gauche. — Sur le cœur droit, il existe de plus grandes opacités dans l'exocarde, et une plus grande quantité de petits vaisseaux, de couleur bleue ou rouge, dirigés transversalement et formant une forte injection sur la paroi antérieure du ventricule qui paraît morbidement ramollie, tandis que l'autre conserve sa consistance naturelle. La couleur de la fibre musculaire se voit à travers la couche mince de matière opaque et molle sécrétée dans les mailles de la séreuse externe du cœur; elle est tout à fait normale. — Le sinus droit n'est pas injecté, si ce n'est à sa paroi postérieure près de l'autre sinus, dans une petite étendue et contre l'embouchure du tronc des coronaires. Il est rempli de sang, ainsi que le ventricule correspondant qui contient en même temps un caillot jaunâtre. L'aorte est modérément injectée, rouge, à sa surface externe.

Abdomen. — Le foie est de couleur obscure, engorgé de bile; la vésicule biliaire est très remplie, distendue par ce liquide. Le tube intestinal contient aussi beaucoup de bile. Les intestins ne sont pas injectés, ni l'estomac. Le péritoine l'est seulement sur quelques points, dans la lame supérieure du mésentère.

Tête. Colonne vertébrale. — Les sinus de la dure-mère sont pleins de sang. Cette membrane est légèrement injectée. Il existe beaucoup de sérum à la base du crâne, près du trou occipital, dont une partie provenait de la cavité rachidienne. La substance grise des pédoncules, du pont de Varole et de la moelle allongée est changée de couleur. Cette autopsie a fait conclure à l'existence d'une phlogose dans le cep central gauche (sinus) du cœur, dans le ventricule droit de cet organe et dans l'aorte. La cause de la mort cependant paraît avoir résidé dans la phlogose cérébrale.

« Que la fièvre intermittente dépende d'une inflammation du cœur, cela résulte incontestablement des documents que nous possédons sur cette inflammation: les sujets préalablement atteints de fièvres intermittentes répétées, offrant constamment à l'autopsie des restes d'inflammation au cœur. J'ai dû faire, l'année dernière, une autopsie juridique en présence du docteur Festler, médecin de notre hôpital, et de M. Bianchessi, chirurgien du même établissement, et de plusieurs autres médecins-anatomistes, d'un sujet qui avait succombé à une blessure grave, laquelle s'était enflammée, avait suppuré et occasionné une fièvre inflammatoire vive; la mort avait eu lieu en quelques jours. Ce sujet était âgé de 40 ans, assez robuste, à visage terreux; son cœur a présenté des restes évidents de phlogose récente et de phlogose ancienne. Les signes de la phlogose récente consistaient dans une injection vasculaire serrée autour de la racine des gros vaisseaux du cœur (artères aorte et pulmonaire) autour de la base du cœur lui-même, avec sécrétion de lymphe plastique qui rendait floconneux le sérum contenu dans le péricarde. Les signes de la phlogose ancienne étaient: un grand nombre de plaques blanches, épaisses à la surface antérieure du cœur; d'autres, pareilles dans les oreillettes. Le foie et la rate étaient morbidement développés. Des brides isolées existaient entre les poumons et les côtes. Les renseignements ont appris que cet homme était depuis longtemps sujet à des attaques fréquentes de fièvre intermittente. — L'intermittente ordinaire dépend d'une phlogose fixée dans les gros vaisseaux près du cœur et qui, dans chaque accès, se répand jusqu'au cœur par une véritable exaspération périodique: de là, le paroxisme fébrile; puis le travail se concentre de nouveau à son siége primitif pour recommencer ensuite. » (Biaggi, Ouv. c.) — L'importance du sujet et l'abondance des observations que nous avons à faire connaître nous force à renvoyer au prochain numéro la suite de cette discussion. Nous prions en conséquence le lecteur d'attendre la fin de ce travail pour le juger. Il s'agit, comme on le voit, de questions d'un haut intérêt pratique.

Sel marin. — M. Barbier d'Amiens dit avoir calculé la quantité de sel marin que consommait, par jour, chaque homme en France, et avait trouvé qu'elle variait de 12 gram. (3 gros) à 32 gram. (1 once).

Hôpital de la Salpêtrière.

De la nature, du siége et des indications thérapeutiques de l'épilepsie. — Nous devons à un élève interne distingué des hôpitaux de Paris, M. Niobey, attaché au service des épileptiques à la Salpêtrière, les observations nécropsiques suivantes qu'il a eu l'occasion de recueillir dans le courant de cette année. Ces faits, que l'auteur avait recueillis pour lui-même, et sans intention de les publier, nous ont paru offrir un très grand intérêt pratique, en ce qu'ils se prêtent à des inductions thérapeutiques importantes. Donnons donc d'abord les notes de M. Niobey, telles que l'auteur les avait rédigées à l'amphithéâtre; elles sont simples, claires et d'une précision remarquable. La science possède sans doute un grand nombre d'autopsies de sujets épileptiques; les faits de M. Niobey cependant offrent le mérite assez rare d'avoir été recueillis par un même observateur, dans l'espace de quelques mois, dans une même localité, et, en outre, d'être les plus récents; par conséquent, observés avec les lumières de l'état actuel de la science.

1re **Observation.** — Marguerite Royer, veuve Doligez, couturière, âgée de 78 ans, était entrée, en janvier 1831, à l'hospice de la Salpêtrière. Elle avait alors fréquemment les *grandes* et les *petites* attaques d'épilepsie; mais depuis un certain nombre d'années, ces attaques allaient en diminuant de fréquence et d'intensité, et, à cela près, cette femme jouissait d'une santé passable, lorsque dans la soirée du 2 janvier 1845, après avoir accusé de la céphalalgie, elle tomba tout à coup, privée de connaissance, de sensibilité et de mouvement. Il n'y eut point de convulsions, la résolution générale des membres et l'état comateux persistèrent malgré divers moyens de traitement appropriés, et la malade succomba 12 heures après l'accident.

L'autopsie fut faite 24 heures après la mort. On ne trouva dans les centres nerveux rien autre chose qu'un vaste foyer apoplectique bien circonscrit au centre de la protubérance annulaire. Néanmoins, il y avait injection des méninges et un état sablé de la pulpe cérébrale; de plus, quelques points d'ossification dans les parois du tronc basilaire et du polygone artériel, situé à la base du cerveau; mais aucune adhérence de la pie-mère aux circonvolutions cérébrales et cérébelleuses. Le cerveau et le cervelet coupés par tranches très minces, et examinés avec soin, n'offrent aucune altération. La consistance et la coloration de la pulpe cérébrale sont tout à fait normales. Une cuillerée de sérosité environ existe dans les ventricules latéraux. — La moelle épinière ne fut point examinée. — Les poumons étaient sains; le cœur volumineux, les parois du ventricule gauche beaucoup plus épaisses que dans l'état normal; quelques plaques cartilagineuses existaient à la base des valvules sigmoïdes de l'aorte. Aucune altération dans les viscères abdominaux.

2e **Observation.** — Louise Sandre, âgée de 20 ans, célibataire, tempérament scrophuleux, entre à l'hospice de la Salpêtrière en avril 1839. Son père est très épileptique; son grand-père paternel est mort aliéné. Dès les premiers mois de sa vie Sandre a eu beaucoup de convulsions; ces convulsions ont été remplacées par de violents maux de tête et des vertiges épileptiques; plus tard les *grandes* attaques épileptiques, avec perte de connaissance, convulsions, etc., se sont manifestées et reproduites environ une fois par mois, jusqu'à l'âge de 14 ans; ensuite elles ont augmenté de fréquence et sont revenues tous les huit jours. Depuis un an environ les attaques sont devenues très rares, mais la malade a présenté successivement tous les symptômes de la phthisie pulmonaire et a succombé à cette affection le 2 février 1845.

A l'autopsie j'ai trouvé de vastes cavernes dans l'épaisseur du poumon gauche et le poumon droit, dans presque toute son étendue, farci de tubercules à l'état cru. Le cœur et les viscères abdominaux n'ont présenté aucune altération notable. — Dans les centres nerveux voici ce que j'ai pu constater : épaississement des os du crâne, et en particulier du frontal. Adhérence de la dure-mère avec les autres membranes sous-jacentes, dans l'étendue de deux pouces environ, le long des bords de la grande scissure interlobaire. Dans les mêmes points, adhérence de la pie-mère avec la surface des circonvolutions cérébrales. Impossibilité de détacher la pie-mère de la surface des hémisphères sans entraîner avec elle une petite couche très mince de substance cérébrale. Ces traces de ramollissement n'existent que là où se voient les adhérences que j'ai signalées. Telles sont les altérations qui s'observent sur la convexité des hémisphères. — Maintenant à la base et au niveau des lobes postérieurs du cerveau, on rencontre des adhérences établies entre certaines anfractuosités; ces adhérences sont formées non seulement par les vaisseaux de la pie-mère, mais surtout par une trame de tissu cellulaire dense et résistant. — La substance cérébrale coupée par tranches très minces et examinée dans toutes les diverses parties constituantes de l'encéphale, n'offre aucune altération appréciable. Une cuillerée de sérosité parfaitement limpide existe dans les ventricules cérébraux. — La moelle épinière et ses enveloppes sont tout à fait dans leur état normal.

Troisième observation. — Alexandrine Carré, célibataire, âgée de 33 ans, journalière, tempérament nerveux, était entrée, en septembre 1836, à la Salpêtrière pour de violents accès d'épilepsie, s'accompagnant souvent de manie furieuse. La répétition fréquente de ces attaques, et l'existence simultanée de vestiges épileptiques ont amené promptement chez cette malade la ruine presque complète des facultés intellectuelles, un état de démence profonde. En même temps la parole s'est embarrassée, elle est devenue convulsive, saccadée et presque toujours accompagnée d'un ricanement singulier. Il n'y a point eu, du reste, de troubles appréciables dans les divers appareils des sens et de la locomotion. Cette malade présentait depuis longtemps déjà la plupart des symptômes d'un emphysème pulmonaire double, lorsque, dans les premiers jours de février 1845, elle fut prise d'une pneumonie légère, quoique assez bien caractérisée; elle succomba à cette affection quatorze jours après la manifestation des premiers symptômes.

L'autopsie fut faite le 18 février, 36 heures après la mort. On trouva du côté des poumons des adhérences de ces organes aux plèvres costales. Au lieu de s'affaisser après l'ablation de la paroi thoracique antérieure, les poumons, et surtout celui du côté gauche, remplissent exactement la cavité de la poitrine; le bord antérieur du poumon gauche recouvre le cœur en totalité. — De plus, les deux poumons, dans leur

moitié inférieure environ, sont le siége d'une hépatisation rouge bien caractérisée, avec un peu d'engouement dans les parties environnantes. — Point de lésion du cœur ni des viscères abdominaux.

Maintenant, du côté des centres nerveux, voici ce que j'ai trouvé : — Les os du crâne et les enveloppes diverses de l'encéphale ne présentent aucune altération. Les circonvolutions sont bien développées, d'une consistance ordinaire, et n'offrent point d'adhérences avec la pie-mère. Sur la face inférieure des lobes antérieurs du cerveau, au niveau de l'anfractuosité des nerfs olfactifs existent deux ulcérations qui ont chacune environ deux centimètres de long sur un centimètre de large; à gauche, l'ulcération empiète un peu sur l'extrémité antérieure du lobe moyen du cerveau. Ces ulcérations sont assez superficielles et d'un aspect jaunâtre bien prononcé. Cependant, à droite, l'ulcération s'étend à plusieurs lignes de profondeur, et constitue dans ce point une dépression, ou plutôt une véritable perte de substance capable de loger un œuf de pigeon. L'extrémité antérieure des nerfs olfactifs, à droite comme à gauche, est complétement détruite. Le reste de ces nerfs ne présente d'autre altération qu'une coloration jaunâtre. Vers la partie centrale de ces ulcérations, la pie-mère et l'arachnoïde ont subi une véritable solution de continuité, dont les bords inégaux et déchiquetés présentent un grand nombre de petits lambeaux membraneux colorés en jaune comme l'ulcération. Si l'on enlève avec précaution la pie-mère et l'arachnoïde de la surface des circonvolutions, on voit que, sur les limites de l'ulcération, la première de ces membranes entraîne avec elle une couche mince de substance cérébrale; ces adhérences n'existent que dans une étendue de quelques lignes au pourtour des surfaces ulcérées. Du reste, la pulpe cérébrale qui est le siége de l'ulcération est notablement ramollie, et ce ramollissement paraît s'étendre à deux lignes de profondeur environ. Le reste de l'encéphale a été coupé par tranches très minces et n'a offert aucune altération appréciable. La moelle épinière et ses enveloppes sont parfaitement saines dans toute leur étendue.

Quatrième observation. — Une femme, âgée de 47 ans, nommée Justine Monchablon, tempérament sanguin, taille élevée, constitution athlétique, entre à la Salpêtrière, le 9 janvier 1843, dans la division des épileptiques. — Cette femme est née de parents sains; mais sa grande-mère était épileptique. L'étiologie de sa maladie repose, du reste, sur des chagrins résultant de la mort de son père et de l'abandon de son mari. A la suite de ces chagrins, Monchablon a eu des accès d'épilepsie qui ont été rapidement en augmentant de fréquence et d'intensité, à tel point qu'elle en a éprouvé jusqu'à 30 et 40 dans l'espace de 24 heures. — En avril 1844, cette malade éprouva des excès épileptiques d'une violence extrême pendant toute une nuit, et le lendemain matin on la trouva frappée d'hémiplégie de tout le côté droit du corps. Les mouvements se rétablirent un peu à la longue dans le côté paralysé, mais il resta de la faiblesse, une impuissance marquée des membres supérieur et inférieur, plus de la dysurie et une constipation opiniâtre. — Au mois d'août dernier, à la suite d'une grande attaque d'épilepsie, il y a eu un accès de manie aiguë portée jusqu'à la fureur. Depuis lors, les attaques d'épilepsie ne se sont manifestées que deux fois seulement; et elles n'ont pas été suivies d'exaltation maniaque. Ces divers ébranlements du système nerveux ont, depuis trois ans environ, altéré d'une manière progressive les facultés intellectuelles; et lorsque la malade est entrée dans la division, elle était plongée dans un état profond de démence. — Le 20 janvier, la malade éprouve un violent accès d'épilepsie, à la suite duquel se déclare une nouvelle hémiplégie du côté droit et tout à fait complète. Sous l'influence d'une saignée et de l'application de divers moyens appropriés, la paralysie redevient ce qu'elle était auparavant, c'est-à-dire incomplète; mais au bout de quelques jours, il survient de l'agitation, puis du délire; ce délire est accompagné de vociférations continuelles, puis il disparaît pour se reproduire au bout de quinze jours environ. Cependant des escarrhes se forment aux régions sacrée et trochantérienne; la constitution se détériore et s'altère profondément; il survient de la diarrhée, et enfin la malade succombe le 3 mars 1845.

L'autopsie fut faite 36 heures après la mort. Je trouvai les os du crâne bien conformés, la dure-mère tout à fait dans son état normal. Mais l'arachnoïde et la pie mère renfermaient au moins trois ou quatre cuillerées de sérosité limpide et parfaitement transparente; l'infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien semblait être surtout bien prononcée, et formait à la surface extérieure de l'encéphale une couche uniforme, tremblottante et comme gélatineuse. La pie-mère est notablement congestionnée, mais ne présente aucune adhérence anormale avec les circonvolutions cérébrales et cérébelleuses. Çà et là, on voit certaines circonvolutions petites et comme atrophiées; d'autres sont notablement déprimées; mais toutes paraissent être d'une consistance normale. Rien de particulier pour la coloration de la pulpe cérébrale, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. — Vers la partie centrale du lobe antérieur du cerveau, du côté gauche, existe la trace d'un ancien foyer apoplectique; c'est une petite cavité qui pourrait encore loger un corps du volume d'un pois ordinaire, et qui renferme quelques gouttes d'un liquide jaune roussâtre. — Les ventricules du cerveau ne renferment qu'une demi-cuillerée de sérosité claire, transparente, et ne sont le siége d'aucune altération anatomique appréciable, pas plus que toutes les autres parties constituantes du cerveau et du cervelet. Seulement la protubérance annulaire est encore le siége de quatre petits foyers apoplectiques anciens, bien isolés, et dont le plus grand pourrait recevoir un corps du volume d'une lentille. Les trois autres sont un peu plus petits. Tous renferment quelques gouttes de liquide jaunâtre, et leurs parois présentent la même coloration et un léger degré de ramollissement. — La moelle épinière n'a pas été examinée.

Quant à l'état des poumons, je les ai trouvés emphysémateux dans une grande partie de leur étendue. Les bronches étaient remplies d'écume. Du reste, nulle autre altération. Le cœur est volumineux, mais sans altération. Tous les viscères abdominaux sont sains; seulement on trouve dans l'épaisseur du ligament large du côté droit un kyste qui renferme environ un verre de liquide tout à fait transparent.

Cinquième observation. — Marie-Claude-Bomicière, âgée de 70 ans, célibataire, d'une faible constitution, tempérament nerveux, se trouve dans la sec-

tion des épileptiques de la Salpêtrière depuis vingt-cinq ans. Elle est sujette depuis sa naissance à des accès d'épilepsie dont elle ignore la cause, et qui ne peuvent être rattachés à une influence héréditaire. Ces attaques épileptiques se sont presque toujours manifestées d'une manière irrégulière, et leur fréquence a été en décroissant avec l'âge. Elle éprouve aussi des vertiges, mais seulement à des intervalles très éloignés La raison n'est pas troublée, mais il y a faiblesse intellectuelle, un premier degré de démence sénile. Les organes des sens et du mouvement sont à peu près dans un état normal. A part ses attaques d'épilepsie, la malade jouissait encore habituellement d'une assez bonne santé, eu égard à sa constitution délicate et à son âge avancé lorsque, à la suite d'un refroidissement, elle fut prise, le 25 mars dernier, d'une bronchite très intense. A la bronchite s'ajoutèrent bientôt les signes d'une pneumonie au premier degré, et quarante-huit heures après l'invasion de ces divers phénomènes, la malade a succombé sans que le traitement antiphlogistique, mis en usage, eût pu enrayer la marche de la broncho-pneumonie.

L'autopsie fut faite le 28 mars, 26 heures après la mort. Je trouvai les deux poumons fortement engoués et un léger degré d'hépatisation rouge du côté gauche. Les bronches étaient remplies d'une énorme quantité d'écume, et la muqueuse était d'un rouge très vif le long des bronches et des ramifications bronchiques. La membrane muqueuse de la trachée offrait aussi des traces évidentes d'inflammation; mais rien de semblable sur la muqueuse du larynx. — Le cœur est volumineux et rempli de caillots fibrineux; mais il n'est le siége d'aucune lésion organique appréciable. Quelques plaques cartilagineuses se voient çà et là dans l'intérieur de l'aorte thoracique. Au reste, tous les viscères abdominaux sont parfaitement sains.

A la tête, on trouve les os du crâne minces et fragiles; la dure-mère sans adhérences anormales; l'arachnoïde renferme environ trois cuillerées de sérosité transparente. La pie-mère se détache facilement de la surface des circonvolutions et n'a point contracté avec elle d'adhérences vicieuses. Rien de particulier pour la consistance et la coloration de la pulpe cérébrale. Rien dans les ventricules cérébraux, si ce n'est une petite tumeur rougeâtre du volume d'un haricot, qui se trouve en partie logée dans la paroi externe du ventricule latéral gauche, et qui fait en partie saillie dans l'intérieur du ventricule. Dans le centre du corps strié du même côté existe une cavité à parois jaunâtres, comme les quelques gouttes de liquide qu'elle renferme, et qui pourrait admettre un corps du volume d'un pois ordinaire. (Il n'y avait point d'émiplégie durant la vie.) Toutes les autres parties constituantes des centres nerveux ont été trouvées parfaitement saines. — La moelle épinière et ses enveloppes n'étaient le siége d'aucune altération appréciable.

Sixième observation. — Angélique Héronard, âgée de 15 ans, d'un tempérament lymphatique, entre à l'hospice de la Salpêtrière en novembre 1843. A l'âge de 9 ans, à la suite d'une vive frayeur, elle tomba pour la première fois du haut mal, et depuis lors elle n'a pas cessé d'avoir des attaques et des vertiges épileptiques, qui se sont répétés les uns et les autres avec fréquence et intensité; plusieurs fois même il y a eu des *états de mal* de longue durée. L'invasion de l'épilepsie a été bientôt suivie d'un affaiblissement notable de l'intelligence, de la mémoire et du mouvement; ensuite ces phénomènes ont été croissants d'une manière rapide, et en quelques années la malade a été précipitée dans un état de démence des plus profondes, avec paralysie des extrémités inférieures de la vessie et du rectum. Le 30 mars dernier, elle a succombé presque subitement à la suite d'un violent accès d'épilepsie.

L'autopsie a été faite 27 heures après la mort. J'ai trouvé le cuir chevelu très injecté, les os du crâne minces, également gorgés de sang. La face interne des os du crâne, et en particulier celle du coronal, est remarquable par la profondeur des impressions digitales, à tel point qu'au niveau de quelques unes de ces impressions le temporal est translucide et n'a pas une ligne d'épaisseur. Il n' y a point d'adhérences vicieuses de la dure mère; mais cette membrane est rouge çà et là par des espèces de plaques hémorrhagiques. La cavité de l'arachnoïde renferme une très grande quantité de sérosité, qui est surtout visible et accumulée dans les espaces sous-arachnoïdiens antérieur et postérieur. La pie-mère est rouge et injectée de sang, mais elle n'adhère pas aux circonvolutions. Celles-ci sont très larges, très développées et donnent au toucher la sensation d'une fluctuation profonde Cette fluctuation est due à une hydropisie considérable des ventricules du cerveau. Après l'ouverture de ces ventricules, j'ai pu en retirer 600 grammes, c'est-à-dire plus d'un demi-litre de sérosité. Cette sérosité est parfaitement transparente; son accumulation dans les ventricules cérébraux en avait amené la déformation. Le septum lucidum était détruit; par conséquent, les deux ventricules latéraux communiquaient directement l'un avec l'autre et formaient une vaste poche capable de loger le poing d'un adulte. Quant aux hémisphères cérébraux et à toutes les parties constituantes de l'encéphale, elles n'ont présenté aucune altération anatomique appréciable, sauf un état pointillé de la pulpe cérébrale. — Le cervelet était sain à sa surface, comme dans sa profondeur. — Les méninges rachidiennes m'ont semblé notablement injectées; mais la moelle épinière, examinée dans toute sa longueur, a été trouvée partout dans un état d'intégrité parfaite. — Quant aux viscères thoraciques et abdominaux, ils n'ont rien offert de particulier.

Septième observation. — Marie Leloup, âgée de 37 ans, célibataire, tempérament nerveux, fut admise en 1827 à l'hospice de la Salpêtrière. Elle y entra comme atteinte d'idiotie au deuxième degré; puis, après un séjour de quelques années dans la section des idiotes, elle devint hystérique. Plus tard, les attaques d'hystérie se transformèrent en de véritables accès épileptiques nettement caractérisés, et la malade passa de la salle des idiotes dans celle des épileptiques. — Depuis quelques années, les accès d'épilepsie avaient pris chez cette malade un haut degré d'intensité; on observait assez fréquemment *des états de mal* qui duraient plusieurs jours, la démence épileptique était venue se joindre à l'idiotie; il y avait incontinence des urines et des matières fécales, et une paralysie incomplète des extrémités inférieures. Malgré ces désordres multiples, la constitution de la malade n'était pas encore trop détériorée, les fonctions nu-

tritives s'accomplissaient avec beaucoup d'activité lorsque, le 2 avril dernier, elle fut atteinte d'une série d'accès d'épilepsie au milieu desquels elle succomba, avant même qu'on fût arrivé à son secours.

A l'autopsie, qui fut faite 24 heures après la mort, je trouvai la peau de la face et du cou violacée, le cuir chevelu pénétré d'une grande quantité de sang; les os du crâne, d'une dureté extraordinaire, étaient considérablement épaissis; le frontal surtout et le pariétal du côté gauche avaient près de six lignes d'épaisseur. La dure-mère offrait quelques adhérences anormales avec les os; était rouge, injectée dans une grande partie de son étendue. Dans certains points, l'arachnoïde était épaissie, opaque et d'une grande densité; ces altérations existaient, surtout à la convexité des hémisphères, et plus particulièrement le long de la grande scissure interlobaire. L'hémisphère gauche était moins volumineux que le droit, ce qui produisait un défaut de symétrie bien marqué. Les circonvolutions étaient peu développées; il y en avait quelques-unes qui tranchaient considérablement par leurs petites dimensions avec les circonvolutions voisines. La pie-mère avait contracté avec elles quelques adhérences; de plus, elle était vivement injectée. La surface de l'encéphale, et plus particulièrement la surface des circonvolutions cérébrales, présentait un état de mollesse très appréciable. La substance cérébrale n'offrait rien qui fût en rapport avec l'injection trouvée dans les méninges. La coloration était à peu près normale. La surface du cervelet était légèrement ramollie, mais à un degré moindre que la surface du cerveau. Au reste, l'encéphale, ayant été coupé par tranches très minces et examiné avec soin dans toutes ses parties, n'a présenté aucune altération. Dans le canal rachidien, j'ai trouvé les enveloppes de la moelle rouges et injectées de sang; mais la moelle épinière m'a paru tout à fait à l'état normal. La plupart des viscères thoraciques et abdominaux étaient congestionnés assez fortement; mais ils n'ont offert aucune altération organique locale.

Huitième observation. — Marie Desprès, âgée de 58 ans, célibataire, tempérament nerveux, entre le 14 février 1844 dans la section des épileptiques de la Salpêtrière avec des accidents nerveux convulsifs qui passèrent d'abord pour des phénomènes hystériques, mais sur la nature desquels on ne put se méprendre aussitôt qu'on eut occasion de les observer. Ils comprenaient en effet l'ensemble de tous les symptômes d'une grande attaque d'épilepsie bien caractérisée. Ces attaques étaient fréquentes, revenaient plusieurs fois par semaine, et assez souvent une série d'accès se succédaient presque coup sur coup dans une même attaque; il y avait encore chez cette malade un commencement de ce qu'on est convenu d'appeler l'*état de mal*. Ce furent des phénomènes de ce genre que la malade présenta dans la soirée du 1er avril dernier. Dans l'espace de cinq jours consécutifs, les accès épileptiques se succédèrent avec une si grande fréquence qu'on ne pouvait plus les compter; ils étaient séparés les uns des autres par un état comateux profond dont la malade ne put sortir malgré tous les moyens qui furent mis en usage (saignées, révulsifs, antispasmodiques). Elle mourut le 6 avril à 5 heures du matin.

A l'autopsie, qui fut faite 27 heures après la mort, je trouvai la peau de la face, du cou et de la partie supérieure de la poitrine, violacée; le cuir chevelu médiocrement injecté; les os du crâne durs et d'une épaisseur ordinaire; point d'adhérences anormales de la dure-mère; mais la surface externe de cette membrane était rouge et tachetée de sang dans une grande partie de son étendue, ce qui pouvait tenir à la déchirure des artères et veines méningées qui se trouvaient logées dans des sillons osseux beaucoup plus profonds que cela n'existe dans l'état normal. L'arachnoïde renfermait une assez grande quantité de sérosité, la pie-mère était fortement congestionnée, mais non adhérente aux circonvolutions cérébrales qui sont fermes et bien développées. Les hémisphères cérébraux, coupés par tranches très minces, sont le siége d'un état piqueté assez prononcé, mais ne présentent aucune altération locale. Il en est de même de toutes les autres parties constituantes du cerveau. Rien dans les ventricules. — Le cervelet offre, comme le cerveau, un certain degré de congestion. A cela près, il est sain dans toutes ses parties. La protubérance annulaire et la moelle épinière sont un peu congestionnées, comme les membranes qui les entourent; leur consistance est peut-être un peu plus grande que dans l'état ordinaire. Point d'altération locale. Le cœur et les poumons ne présentent aucune lésion appréciable. Il en est de même des viscères abdominaux, sauf l'intestin grêle dont la muqueuse est le siége d'une légère inflammation.

Neuvième observation. — — Victoire Coulon, célibataire, âgée de 46 ans, d'un tempérament nerveux, très irritable, est sujette à des accès d'épilepsie depuis l'âge de 22 ans. Les accès reviennent actuellement environ une fois par semaine, indifféremment le jour et la nuit. Il existe, en outre, des vertiges beaucoup plus fréquents que les accès. La malade est tombée dans un état de démence profonde sans troubles notables des mouvements; elle a pu longtemps encore se livrer à des travaux manuels grossiers; mais depuis dix-huit mois environ, elle a présenté successivement les divers phénomènes qui caractérisent la phthisie pulmonaire à toutes ses périodes, et a fini par succomber à cette affection le 25 avril dernier dans un état de marasme complet.

A l'autopsie, on a trouvé une vaste caverne au sommet du poumon gauche, et çà et là, dans le reste de son étendue, plusieurs autres cavernes très petites, séparées les unes des autres par des tubercules à différents degrés de ramollissement. Le poumon droit était aussi farci de tubercules à l'état cru dans toute son étendue. Il n'y avait point de cavernes. — Le cœur était volumineux et rempli de caillots noirâtres. — Le foie offrait une dimension considérable; mais il était sain dans tous ses points, ainsi que les autres viscères abdominaux. Du côté des centres nerveux, on trouve le front étroit, aplati, fuyant en arrière, le crâne volumineux à la région occipitale; le cuir chevelu infiltré de sérosité, les os du crâne d'une dureté médiocre et d'une épaisseur normale; la dure-mère est à l'état sain. L'arachnoïde et la pie-mère renferment deux ou trois cuillerées de sérosité limpide. Il n'existe aucun épaississement ni aucune adhérence vicieuse de ces membranes avec la surface de l'encéphale. Les circonvolutions sont bien développées et d'une bonne consistance. Le cerveau et le cervelet, coupés par tranches très minces, ne présentent aucune altération appréciable; il en est de même de toutes les autres parties constituantes des centres nerveux. — La moelle épinière, pour la consistance, la coloration et la texture, paraît être

tout à fait à l'état normal. Il n'existe qu'un léger degré de congestion sanguine dans ses enveloppes.

Dixième observation. — Marie Jollois, célibataire, âgée de 59 ans, tempérament nerveux, caractère violent, emporté, est entrée en 1813 à la Salpêtrière pour des attaques d'épilepsie très fortes et très fréquentes. Elle avait dès lors, à la suite de ces attaques, des accès de manie qui étaient souvent portés jusqu'à la fureur. Pendant son séjour dans la division, les attaques d'épilepsie n'ont pas cessé de se produire sous la même forme ; elles se sont compliquées de vertiges épileptiques bien caractérisées, et par suite d'un état de démence très avancé. Malgré ces divers désordres du système nerveux, la constitution s'était peu détériorée et la santé générale restait assez bonne; la malade continuait de vaquer à ses occupations habituelles sans accuser la moindre souffrance du côté de l'appareil respiratoire, lorsqu'elle fut prise, le 23 avril dernier, d'une violente attaque d'épilepsie, à la suite de laquelle il y eut des accès de suffocation très intenses qui firent périr la malade.

L'autopsie fut faite 26 heures après la mort. On trouva, à l'ouverture du thorax, des adhérences de la plèvre droite dans la plus grande partie de son étendue. Le poumon droit était le siége d'une hépatisation grise bien prononcée à la base; il y avait, dans les lobes moyen et supérieur, de l'hépatisation rouge et de l'engouement. La plèvre et le poumon du côté gauche n'offraient aucune altération. — Le cœur était sain et contenait une grande quantité de caillots sanguins. — La rate était réduite à de très petites dimensions, celle d'une pièce de cinq francs environ, mais son tissu n'était pas altéré. — Tous les autres viscères abdominaux étaient à l'état normal. — La face était violacée, le cuir chevelu et les os du crâne fortement injectés; la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère ne présentaient d'autre altération que l'injection de leurs vaisseaux. Point d'adhérences ni d'épaississement de ces membranes. — Les circonvolutions avaient un développement, une consistance et un coloration tout a fait normales. Le cerveau, le cervelet et, en un mot, toutes les parties de l'encéphale étaient saines dans tous leurs points; l'injection de la substance cérébrale était peu marquée. — Les méninges rachidiennes et la moëlle épiniére n'ont rien offert de particulier.

Remarques générales. — Le fait le plus général qui résulte des belles observations de M. Niobey, c'est que, dans tous ces cas, l'épilepsie se rattachait à une cause matérielle, à une lésion mécanique de tel ou tel point du cerveau ou de ses enveloppes. On a dû remarquer qu'à l'exception du dernier fait dans lequel l'altération était restée sous forme d'injection ou de subphlogose lente, partout il s'agissait d'ossifications des méninges, d'épaississements des os, d'adhérences, d'ulcérations, d'infiltrations de matière gélatiniforme, de ramollissements, d'atrophie, de vieux foyers apoplectiques, d'hydrencéphale, d'écrasement congénital de la masse encéphalique, etc. Que pouvait-il l'art contre une maladie dont la condition était devenue mécanique? Rien absolument; puisqu'une pareille condition n'était guère accessible aux moyens dont la thérapeutique dispose. Ceci mérite cependant quelque considération. Faisons, en attendant, remarquer que la troisième observation confirme, de la manière la plus éclatante, l'opinion de M. Bouillaud sur la fonction régulatrice de la parole, que ce clinicien avait assignée à la base des lobes antérieurs du cerveau, et l'on peut réellement diagnostiquer la lésion d'après une certaine altération de l'expression de la parole.

L'accès épileptique n'est qu'un phénomène extrinsèque, périphérique, en grande partie musculaire; phénomène périodique, comparable aux accès de la fièvre intermittente, et qu'on ne doit pas prendre pour la maladie elle-même, puisqu'il ne constitue qu'un effet de celle-ci. La maladie résulte de la lésion encéphalique ou méningienne, et, comme telle, elle constitue au fond une affection continue, fixe, bien que ses manifestations extrinsèques soient intermittentes. A ce point de vue, l'épilepsie ne diffère des convulsions ordinaires, fébriles ou apyrétiques, que dans le degré de la condition pathologique, toujours plus fixe, plus profonde dans l'épilepsie, et aussi dans le siége, car la source des convulsions ordinaires est souvent dans la moelle rachidienne. On comprend par conséquent qu'un traitement de l'épilepsie, lequel ne s'attache qu'aux convulsions, aux phénomènes extrinsèques, est un traitement mal basé, nul en réalité, le plus souvent; par la raison qu'il ne s'adresse qu'à l'effet et non à la condition fondamentale de l'affection. De ce nombre sont toutes les médications réputées antispasmodiques, que les médecins prescrivent journellement contre l'épilepsie; car, nous le répétons, la maladie n'est pas dans le spasme, dans la convulsion. On se scandaliserait avec raison d'un médecin qui, dans le traitement d'une pleurésie ou d'une pneumonie, par exemple, prescrirait des remèdes soi-disant spéciaux contre la dyspnée, contre la céphalalgie ou l'insomnie, ou qui, dans une iritis ou dans une retinite, formulerait des médicaments particuliers contre la douleur périorbitaire ou contre la photophobie, ainsi que nous l'avons vu faire à quelques oculistes exclusifs. Et pourtant, on ne voit que tous les jours des praticiens, haut placés dans la science, recommander des remèdes réputés spéciaux ou spécifiques contre l'épilepsie, savoir : de prétendus antispasmodiques. Les considérations précédentes nous autorisent donc à repousser loin des véritables données de la science toutes ces pratiques empiriques que la routine a adoptées contre l'épilepsie, sans examen suffisant. Il est évident qu'il existe une médication véritable, énergique, à opposer à l'épilepsie, et cette médication repose toute entière sur les notions de la condition pathologique de l'affection.

Dans cette condition, deux états sont à considérer : la lésion matérielle ou mécanique, et l'effet dynamique qui résulte de son action sur la masse encéphalique. L'altération matérielle n'existe pas toujours. A moins qu'il ne s'agisse d'enfants à tête de reptile (front écrasé), il n'y a le plus souvent en origine dans le cerveau qu'un simple travail congestif ou subphlogistique lent; et cet état se prolonge quelquefois très longtemps, sans dégénérescence,

comme dans la dixième observation de M. Niobey. Ce qui nous autorise d'ailleurs à penser ainsi, c'est que dans l'état actuel de la science les ossifications accidentelles, les épaississements et les autres altérations dont nous venons de parler ne sont considérés que comme des résultats de phlogose lente. M. Tommasini a démontré d'ailleurs, dans un mémoire que nous avons donné dans ce journal (juil. 1844), que même les ossifications des parois artérielles, si communes à l'arc de l'aorte chez les vieillards, ne sont en réalité que l'effet d'un travail phlogistique lent, d'une sécrétion plastique indurée, etc.

Cela posé, il est évident que, tant que l'épilepsie n'existe qu'à la période purement dynamique, nous voulons dire sans produits matériels organisés, elle est très bien guérissable, et radicalement. Jusque là, en effet, la maladie se présente dans les conditions des convulsions ordinaires, apyrétiques, dont l'épilepsie n'est souvent qu'une continuation, une extension pour ainsi dire. L'indication fondamentale est donc manifeste d'elle-même; il s'agit, comme on le voit, d'une médication antiphlogistique, basée principalement sur des remèdes à action hyposthénisante, élective, encéphalique; ce qui n'exclut pas d'ailleurs les saignées générales et locales, quand l'état de l'organisme le permet, ni d'autres hyposthénisants dont l'action élective porte spécialement sur le système cardiaco-vasculaire. Parmi les hyposthénisants encéphaliques, nous comptons plusieurs plantes vireuses, surtout la belladone, la ciguë, la jusquiame, l'aconit, etc.; et parmi les hyposthénisants vasculaires ou cardiaco-vasculaires, nous citerons la digitale, le sulfate de quinine, les acides minéraux, plusieurs composés métalliques, tels que les sels de zinc, le bleu de Prusse, le sulfate de fer, les applications froides, l'eau de mer, etc. Cela veut-il dire que ces substances doivent constamment guérir l'épilepsie? Non assurément; par la raison que sa condition pathologique, même alors qu'elle n'est pas passée à l'état mécanique, réside malheureusement dans un organe à vascularisation fine, peu accessible à l'action dynamique des médicaments.

Que prouvent-elles donc des expérieuces cliniques faites avec tel ou tel médicament, sans succès durable, sur des épileptiques dont le mal était déjà arrivé à la période mécanique, c'est-à-dire d'incurabilité? Asolument rien ; surtout à côté d'autres faits incontestables de guérison radicale ou d'amélioration très grande, à l'aide des mêmes moyens, donnés à dose convenable, chez des sujets dont le mal était sans doute encore à la période dynamique ? Il y a donc à ce point de vue des distinctions fondamentales à faire; mais, sous le rapport des indications thérapeutiques générales, l'état actuel de la science nous permet, comme on le voit, de résoudre complétement la question. En présence de ces données si positives, si certaines pour les médecins qui sont au courant des nouvelles études sur l'action dynamique des remèdes, nous avouons que nous comprenons à peine comment on peut accorder du vin et d'autres boissons alcooliques, ou prescrire des opiacés aux épileptiques, puisque ces substances exercent une action élective, congestive, stimulante, si marquée sur l'encéphale !

Dans le second état qui est le plus fréquent, c'est-à-dire dans l'épilepsie d'ancienne date déjà passée à la condition mécanique, deux choses doivent être prises en sérieuse considération : la condition mécanique et la réaction dynamique à laquelle elle donne constamment lieu. Il est impossible de ne pas reconnaître, dans cette réaction, un travail phlogistique ou congestif, lent, incessant, dans la boîte crânienne; travail analogue à celui de la condition primordiale de l'épilepsie, et qui tend à augmenter sans cesse l'altération matérielle. Il est donc évident qu'il y a là une indication fondamentale à remplir, pareille à celle dont nous venons de parler dans l'hypothèse précédente. Cette indication a pour but d'apaiser le travail congestif ou subphlogistique sourd qui mine les malheureux épileptiques; de s'opposer aux progrès de l'altération mécanique, et de diminuer par là la force, la fréquence des accès convulsifs, la tendance de la maladie à marcher vers la démence et vers la terminaison prompte par la mort. On voit déjà, par ce qui précède, combien est irraisonnable la prétention de guérir radicalement l'épilepsie arrivée à la période mécanique, et combien se trompent également les médecins qui professent qu'on ne doit pas traiter les épilepsies anciennes.

On pourrait demander maintenant si la science possède des données certaines pour diagnostiquer les deux conditions en question de l'épilepsie. Il est une foule de cas où la condition mécanique est évidente; tels sont ceux de vieilles cicatrices à la tête, ainsi qu'on en voit un assez grand nombre chez d'anciens militaires à l'Hôtel royal des Invalides, de vieux foyers apoplectiques (ce qui n'empêche pas de considérer l'épilepsie elle même comme une cause d'apoplexie), d'exostoses crâniennes, de têtes mal conformées, d'hydrocéphale, de fongus du tissu diploïque ou de la dure-mère, etc. Dans d'autres cas, on peut présumer la condition matérielle par l'ancienneté de la maladie, par ses progrès reconnaissables au rapprochement et à la durée plus grandes des accès, par son opiniâtre résistance à l'action de certains remèdes, etc. Telles sont les considérations générales qui nous ont été suggérées par les intéressantes observations de M. Niobey ; on comprend cependant que chacune des questions pratiques que nous venons d'effleurer serait susceptible de grands développements. Que de discussions, par exemple, n'aurions-nous pas à introduire pour établir l'action dynamique des remèdes ci-dessus que nous avons dû supposer bien connue à nos lecteurs?

DOCUMENTS DIVERS.

Une visite à l'hospice de Bicêtre. *Les enfants imbéciles et idiots.* — Au sud-est de Paris, sur la rive gauche de la Seine et à une lieue environ de l'enceinte de la grande métropole, est un grand bâtiment isolé, noyau d'un ancien château royal, assis sur une immense plaine élevée, dominant Paris et la campagne par un vaste horizon périphérique : c'est l'hospice de Bicêtre, asile voué par la philantropie parisienne au refuge des vieillards malheureux, des aliénés du sexe masculin, et au traitement des enfants disgraciés de la nature, nés imbéciles, idiots ou épileptiques, qu'une mort affreuse aurait bientôt engloutis dans les flots de la misère et de l'impuissance.—C'est le vendredi, 27 juin dernier, que nous nous sommes rendu dans ce sanctuaire de piété nationale, accompagné de l'un des administrateurs supérieurs des hôpitaux, M. Battéle, et du directeur de Bicêtre, M. Malon. Nous avons pu, grâce à la bonté exquise dont ces messieurs nous ont comblé, visiter l'établissement dans les plus grands détails, et recueillir les renseignements authentiques si intéressants, que nous sommes heureux de pouvoir enregistrer dans nos colonnes.

Une vacation de plus de huit heures nous a à peine suffi pour cet examen.

Bicêtre offre tous les dehors de l'Hôtel-Royal des Invalides, et ses embranchements dans des logis collatéraux rappellent les casernes du Mont-Valérien (forteresse placée près Paris, au nord-ouest de la capitale). Son enceinte, parfaitement close, donne sur de vastes terres cultivées par des brigades d'aliénés et d'enfants idiots. Tout l'établissement est naturellement divisé en deux parties essentiellement distinctes, solidement cloisonnées; l'une est destinée aux vieillards, l'autre aux aliénés et aux enfants idiots. Entre ces deux grands bâtiments est un gracieux pavillon, délicieusement placé, dominant un vaste horizon, et occupé par une famille charmante, devant lequel est écrit : « logement de M. le directeur. » A côté sont les bureaux de comptabilité. Chaque aile de bâtiment se subdivise en plusieurs compartiments séparés par des cours spacieuses, parfaitement plantées et entretenues La population totale de l'hospice s'élève en ce moment à un peu plus de 3000, savoir: 2300 vieillards, et 850 aliénés, dont 60 et quelques enfants. Il s'agit, comme on le voit, d'une petite bourgade, casernée dans un lieu de transition, où la caducité sénile et la raison égarée reçoivent les soins supérieurs qui rendent l'homme digne de la bonté du Créateur.

§ I. *Les vieillards.* — Arrêtons-nous d'abord aux vieillards (aile nord de l'établissement). Pour nous en donner une idée exacte et complète, on nous les a fait inspecter dans un ordre parfait, au moment où ces braves octogénaires étaient attablés dans leurs réfectoires, à prendre leur repas du matin. Ils sont tous confortablement habillés en laine, dans le costume de l'établissement (gros drap gris); casquette en drap, chaussure en très bon état, mouchoirs propres. Ils ont l'air satisfait et heureux; leur mine est excellente; un grand amour fraternel et le plus grand ordre règne entre eux; ils sont servis avec une grande douceur et un soin extrême; leur confortable est complet : c'est là assurément leur meilleur remède de longévité. Aussi sont-ils gais, polis, d'une respectueuse reconnaissance envers leurs administrateurs, dont la sollicitude pour eux est vraiment touchante. Tous ces vieillards se trouvent naturellement partagés en trois groupes : les malades (ils sont traités à l'infirmerie), les bien portants valides, et les infirmes. Ces derniers restent dans leurs dortoirs, soignés par des infirmiers particuliers, ou bien on les promène soit dans les salles sur des fauteuils à roulettes, soit dans les cours sur de petites voitures à bras. Parmi les infirmes sont ceux qu'on appelle *gateux*, c'est-à-dire qui rendent involontairement les urines et les excréments; ceux-là sont placés dans des dortoirs spéciaux. Les lits des gateux sont non seulement percés dans leur centre et garnis de peau vernie autour de la lunette des matelas, mais encore cette lunette est en rapport avec un large entonnoir métallique et un tube qui conduit les urines dans un petit ruisseau d'eau courante, au dessous du parquet. Par suite de ce mécanisme très simple, les urines sont entraînées à l'instant et il ne règne pas la moindre odeur désagréable dans les salles. Tous les dortoirs sont d'ailleurs parfaitement parquetés, frottés, cirés, aérés et pourvus de calorifères pour la saison froide. On lève chaque matin la plupart des gateux, les draps de leurs lits sont changés tous les jours, et même plusieurs fois par 24 heures. Il en est dont la vie n'est entretenue que par les soins extrêmes qu'on a d'eux; on est obligé de les nourrir avec de la viande hachée qu'on leur prépare exprès et qu'on leur embouche avec précaution, car ils s'étranglent, s'asphyxient aisément par arrêt du bol alimentaire dans l'œsophage.

Quant à ceux qui sont malades, ils reçoivent à l'infirmerie les soins empressés d'hommes éclairés; MM. les docteurs Rochoux et Pelletan se partagent le service médical; M. Maisonneuve est chargé du service chirurgical. Les salles de l'infirmerie sont admirablement placées et entretenues au point de vue hygiénique, et parfaitement servies sous le rapport de l'art. Chaque lit a ses rideaux blancs, des draps très propres, des couvertures en laine épaisses et neuves. Une cuisine à part est préparée pour les malades. Les médecins sont obligés, par les réglements, de descendre chaque jour dans les ateliers culinaires pour visiter, goûter tous les aliments, et déposer par écrit leurs observations sur les registres de l'administration. Ce service de l'inspection culinaire est rigoureusement exécuté à tour de rôle par les médecins.

Arrivons aux vieillards valides. Ils ne vivent pas dans l'oisiveté absolue. Un certain nombre des plus actifs sont occupés à tour de rôle, au profit de la communauté, à éplucher des légumes et à quelques autres préparatifs pen fatigants; d'autres travaillent pour leur compte, s'ils le veulent, dans des ateliers spéciaux; quelques autres ont des permissions de sortir, s'ils ont des parents en ville ; le nombre de ces derniers est toujours très restreint, par la raison que leur sortie les prive du droit de la table s'ils ne se trouvent pas à l'appel au moment du repas. Il est excessivement intéressant de voir ces vieux débris de la société arriver militairement dans d'immenses réfectoires, défiler devant leurs inspecteurs, passer successivement dans la salle du *lavabo*, où des robinets disposés au dessus d'une longue gouttière en pierre versent abondamment de l'eau bien claire pour la propreté des mains des commençaux. A côté des robinets sont pendus des essuies-mains. La troupe sénile s'attable alors dans un ordre parfait, par groupes de huit ou dix, autour de petites tables parallèlement disposées, couvertes de toiles cirées. Un gobelet en étain, un couvert de même métal, une grande assiète profonde, d'une propreté luisante, et un gros morceau de pain, se trouvent devant chaque convive. Au milieu de chaque groupe est un sociétaire découpeur, chargé de recevoir le plat commun aux camarades de sa table, et de donner à chacun sa portion chaudement. Deux bouteilles de vin sont servies à chaque petite table, sous la direction du même découpeur. On passe d'abord à chaque table une portion de poivre concassé que ces vieillards aiment avec volupté dans leur soupe; ils en sèment donc largement une certaine quantité au fond de leur assiète. En un clin-d'œil la soupe est servie bouillante sur chaque table, dans de larges soupières en étain. Chaque découpeur sert à l'instant ses commençaux spéciaux. Ces vieillards aiment la soupe très épaisse, aussi ajoutent-ils de leur pain à celui qu'elle contenait déjà. Puis viennent les légumes ou la viande, distribués dans le même ordre. Tous ces aliments, le pain, le vin, que nous avons examinés en détail et goûtés, sont non seulement d'excellente qualité et tels qu'on peut les avoir dans les ménages aisés à Paris, mais encore très abondamment servis; le directeur lui-même et sa famille, que l'établissement nourrit, s'honorent de faire servir sur leur table les mêmes aliments préparés pour la communauté. Nous avons visité les ateliers culinaires avec le plus grand intérêt; il est impossible de rien avoir de plus sain, de mieux choisi. La viande ne vient pas du dehors, Bicêtre ayant son petit abattoir intérieur; nous avons vu les excellents bœufs et des porcs dignes d'un couvent de jésuites, qu'on y sacrifiait. On y voit une charcuterie et des produits de qualité supérieure. Le bouillon, préparé dans de petites marmites en fonte, est un véritable consommé qu'on ne trouverait que dans les meilleurs restau-

rants de Paris. Les légumes, le beurre, le pain, le vin, les fruits, la confiture, tout se fait dans le même choix, et nous éprouvons une véritable satisfaction de féliciter l'administration pour l'ordre parfait qui règne partout, et l'excellence des soins qu'on prodigue à ces devanciers de nos vieux jours.

§ II. *Les aliénés.* — Le compartiment destiné aux aliénés est, ainsi que nous venons de le dire, complétement séparé du précédent, bien que régi par la même administration et desservi par les mêmes ateliers culinaires. Etant tous considérés comme malades, les aliénés reçoivent une alimentation plus délicate que les vieillards valides; leur cuisine est la même que celle de l'infirmerie des vieillards. Nous venons déjà de dire qu'on ne reçoit que des hommes à Bicêtre, les femmes infirmes ou aliénées étant dirigées à la Salpêtrière dont nous devons parler prochainement. Le local des fous se divise en plusieurs bâtiments distincts, séparés par des murs et des grilles en fer, et ayant chacun une très grande cour ombragée par des arbres magnifiques. Toutes ces cours donnent sur un immense horizon et sont admirablement aérées, ainsi que les logements. Le sol est sablé d'une couche de petits cailloux sablonneux que l'administration tire d'une carrière voisine à l'aide de ses chevaux de service et de son charretier. Par cet artifice, les cours sont toujours propres, les pluies n'y forment pas de boue et les patients peuvent en tout temps y prendre l'air, se promener sans s'exposer à une humidité malfaisante. Le local étant d'ailleurs élevé et bien ventilé, est toujours sec, tandis que les arbres le préservent d'une chaleur excessive. Le froid, en hiver, y est par cela même excessif; mais des calorifères nombreux luttent avantageusement contre l'intempérie froide, des thermomètres placés de distance en distance doivent constamment marquer de 14 à 16° c. La division par logis distincts a pour but, comme on le conçoit, de faire des aliénés des catégories, d'après leur genre de folie, leurs variétés, leurs tendances et avoir ainsi des groupes peu nombreux à gouverner, à surveiller, à étudier et bien servir. Des cellules séparées existent pour un certain nombre, non pour les emprisonner, car les fous sont libres à Bicêtre, étant soignés comme malades et non comme prisonniers, mais bien pour coucher à part la nuit, et aussi pour prendre à part leurs repas s'ils éprouvent de la répugnance de se trouver au réfectoire commun avec les autres. On accorde cette faveur aux aliénés d'une classe civilisée; à des hommes de lettres, à des officiers supérieurs, etc. A ceux-là, on permet aussi de conserver leur habillement bourgeois ordinaire. Le costume de la maison, adopté pour la généralité, est en drap épais, comme pour les vieillards; chapeau de paille léger à larges bords; chaussure forte et sèche. La plupart, pour chaque compartiment, vivent en commun, c'est-à-dire couchent dans des dortoirs communs, mais dans des lits distincts bien espacés, sans rideaux, et ils se rendent ensemble au signal du réfectoire. Cette communauté cependant n'entraîne pas, comme on le conçoit, de grandes réciprocités de paroles, par la raison que chaque fou s'isole dans ses pensées, dans ses projets gigantesques et extravagants. Rien au reste n'est plus intéressant que de les voir arriver à leur réfectoire. Nous avons assisté à leur repas en présence de MM. Battèle et Malon. Ils ont défilé respectueusement devant leurs administrateurs, et ils sont venus se ranger debout devant leurs petites tables respectives, par groupes de huit à dix, comme nous l'avons dit pour les vieillards. L'un d'entre eux, ancien maître de chant, à longs cheveux comme un prêtre, guéri aujourd'hui et employé comme chef d'instruction, arrive au milieu de la salle, et d'un fort coup de baguette donne le signal du chant et entonne la prière, et les fous de le suivre d'ensemble gravement, avec des grimaces aussi grotesques qu'expresives! C'est un spectacle vraiment singulier que cette prière de fous, autour de tables couvertes d'énormes soupières fumantes et de somptueux rouleaux appétissants de viande. Parmi eux sont des épileptiques, des idiots à tête écrasée, véritables orangs qui, tout en braillant machinalement en mesure dans la masse, regardent avec des contorsions de joie cocasse leur fumant repas. Ils s'attablent alors, et chaque table a son fou découpeur qui partage de suite d'abondantes portions de soupe grasse et d'excellent bœuf. Un bon verre de vin est également versé à chacun d'eux (c'est peut-être trop). Chacun a son couteau, sa fourchette; le fou-sergent a en main, pour découper, un grand couteau et un fourchetton pointus, et pourtant tout se passe gravement et sans le moindre accident; si grande est la surveillance imposante et douce à la fois. Ils mangent proprement, sans gloutonnerie, ce qui s'explique et par la suffisance habituelle de leurs aliments et par la bonne discipline civilisante. En passant d'une cour à une autre, on est abordé par des monomaniaques qui vous racontent sérieusement leurs singulières histoires. Désolant tableau, triste spectacle, dont on peut reconnaître à chaque pas des sujets dans la société, voir même dans les académies! Aussi est-il si difficile de poser une limite absolue entre la raison normale et la demi-folie!

Les médecins chargés des aliénés, MM. Voisin, Moreau et Leuret, reçoivent leurs nouveaux malades dans une salle dite d'Observation, où sont une demi-douzaine de lits grandement espacés. On les étudie, on les acclimate, on les traite par des secours de première nécessité, en attendant qu'on les classe dans le rang le plus propre à leur guérison. La visite comprend chaque jour toutes les salles, mais plus spécialement les sujets chez lesquels des prescriptions spéciales sont indiquées. Cette visite est par conséquent faite au pas de course, et elle prend cependant plusieurs heures; car les pavillons à parcourir sont nombreux. Parmi ces pavillons, il en est un, tout à fait excentrique, destiné aux aliénés du domaine de la justice criminelle, qu'on garde avec une consigne spéciale et que nous n'avons pas eu le temps de visiter. — La salle des bains est parquetée et contient une de-

mi-douzaine de baignoires; chaque baignoire offre un couvercle en bois, percé d'une demi-lunette à l'une des extrémités, laquelle s'enchâsse sous le menton du patient et empêche le baigneur de faire le plongeon, en même temps qu'elle l'oblige à tenir la tête haute au dehors. Un infirmier est affecté à chaque baignoire; avec un seau d'eau froide et une grosse éponge, il exerce sur la tête du baigneur des fomentations, des irrigations douces dans la direction fronto-occipitale. Une forte douche, de 3 à 6 centim. de diamètre (1 à 2 pouces), pend sur la tête du capon; on en use au besoin : c'est la seule mesure de punition à laquelle on a recours à Bicêtre, et ce moyen, qui n'est prescrit au reste que conditionnellement, produit d'excellents effets. — Quant aux paralysés, aux gateux, ils sont traités à part avec les mêmes soins que les vieillards infirmes dont nous avons parlé. Partout on est frappé de la bonne tenue, de la propreté extrême, de la douceur paternelle, de l'ordre parfait qui règnent dans les salles, et c'est sans doute à toutes ces conditions admirables que l'on doit cette absence absolue d'accidents, cet apaisement prompt de la fureur qu'on redoutait tant autrefois. C'est que, nous le répétons, grâce à l'immortel Pinel, les fous ne sont pas de nos jours traités comme des prisonniers, mais avec la douceur et les égards qu'on doit à des hommes malades.— Examinée dans son ensemble, cette troupe disciplinée de 800 fous, composée d'hommes jeunes et vigoureux, de jeunes gens de 20 à 40 ans, offre vraiment un coup d'œil effrayant : on se croirait dans un autre monde à la vue de ce spectacle, et la raison la plus robuste pourrait peut-être se dire : *cur illi non ego ! !!*

§ III. *Les enfants idiots et imbéciles.* — Depuis deux ans seulement, l'administration de Bicêtre a pris l'heureuse délibération de recueillir dans une aile de son établissement un certain nombre de malheureux enfants idiots, imbéciles ou épileptiques, de les traiter, d'améliorer leur état physique et moral à l'aide de soins hygiéniques, de moyens orthophréniques propres à développer quelques facultés intellectuelles, et les mettre ainsi en état de pouvoir exercer un jour quelque profession manuelle, de devenir des gardiens, des blanchisseurs, des balayeurs d'établissements publics, des pileurs de drogues, des garçons pharmaciens, voire même des musiciens d'église ou des huissiers de village, ainsi qu'on en voit des exemples, et dont le produit pourra suffire pour subvenir à leurs besoins; délibération sublime qui honore la civilisation de notre temps, qui élève l'humanité au niveau du Créateur, puisque les résultats déjà obtenus sont tellement satisfaisants qu'on peut regarder une pareille œuvre comme une nouvelle création. M. Rochoux, admirateur des lois de Licurgue, ne partage pas cette manière de voir; il voudrait qu'on jetât à la Seine ces sortes d'enfants, comme les Spartiates jetaient les leurs dans l'Eurotas; mais ceux qui connaissent M. Rochoux savent que son généreux caractère et ses habitudes de bonté valent souvent mieux que quelques uns de ses principes philosophiques. Les soins assidus et éclairés donnés par M. le docteur Voisin à ces malheureux enfants, et ceux tout particuliers que l'administration leur prodigue, rendent ce compartiment de Bicêtre digne du plus haut intérêt philosophique, médical et philantropique. Nous sommes arrivés au moment où cette troupe d'imbéciles était en exercice physico-intellectuel, c'est-à-dire à la leçon d'ensemble. Leur instituteur, M. Vallé, est un jeune homme intelligent, instruit, d'un caractère doux, d'une patience angélique; il est secondé par le maître de chant dont nous venons de parler, et par un orchestre composé d'une douzaine d'aveugles qui exécutent sous ses ordres des morceaux classiques, très bruyants et d'un grand effet. Un maître d'évolutions militaires les exerce en même temps, tambour en tête confié à un enfant idiot et qui s'en acquitte aussi bien que nos moustaches de ligne les plus intrépides.

Imaginez-vous donc un ensemble de petits infortunés, âgés de 10 à 20 ans, les uns à tête écrasée de reptile, les autres borgnes, à front pointu; celui-ci main-bot, celui-là bossu; un autre à museau allongé comme le mouton, tel autre à figure plate comme une huître, etc., ayant tous le regard stupide, louche chez un grand nombre; des tics plus ou moins singuliers, les uns grimaçant comme le singe, les autres portant la tête, les lèvres, les doigts ou les jambes dans des directions bizarres, etc. : ce spectacle est singulier et attendrissant, surtout quand on les voit manœuvrer! Une remarque qui nous a frappé, c'est que presque tous ces idiots ont le système dentaire très développé, très régulier et très beau, des mâchoires amples et puissantes; leur rire déploie une gorge énorme et rappelle le bâillement de certains animaux, en particulier du chien de haute taille. On fait grand cas de ces chiens, et pourtant la société abandonnait jusqu'ici des enfants assurément plus perfectibles, plus serviables! Ces pauvres malheureux sont d'une gaîté folle en répétant leurs exercices; ils ont tous perdu leur caractère primitif de méchanceté, de férocité, ainsi que leur habitude de gloutonnerie, de masturbation. Ils sont extrêmement doux et obéissants. Un tambour les appelle à l'alignement. Leur maître d'évolutions leur fait exécuter des poses martiales, athlétiques, des pas de charge, des croisements, des sauts amusants et instructifs. Le saut est ce qu'il y a de plus difficile pour eux. Puis les aveugles exécutent leurs morceaux, au grand contentement de tous. Vient le maître de chant, et ils chantent en chœur et en marchant en mesure des airs qu'ils connaissent par cœur, de la composition de M. Vallé. Leur physique se développe bien, ils jouissent d'une santé assez bonne; la plupart lisent et écrivent passablement, répètent un peu d'histoire, de géographie, d'arithmétique et de géométrie élémentaire; ils travaillent à la culture de la terre et plusieurs d'entre eux seront, en quelques années, en mesure d'apprendre un état fructueux. N'est-ce pas là une œuvre admirable, divine?

Chlorose. *Discussion contradictoire.* — La question sur laquelle nous avons déjà entretenu nos lecteurs continue à être à l'ordre du jour, à la clinique de l'hôpital de la Charité. Les cas de chlorose qui se présentent, et ils sont nombreux, sont observés, étudiés, suivis avec un grand intérêt, et bientôt la discussion portera sur des données plus précises, puisque M. Bouillaud prépare une suite de leçons sur l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie et l'hydrhémie; tandis que, de notre côté, nous apprêtons les matériaux d'un travail sérieux, aussi complet que possible sur la question. Depuis quelques jours, la discussion verbale est suspendue, par la raison qu'elle avait pris une marche orageuse, peu utile à la science. De grands intérêts scientifiques étaient là en jeu; on aurait eu tort de quitter le terrain; on suit par conséquent en silence l'étude des faits. Elle éclatera bientôt de nouveau, mais, nous l'espérons du moins, avec plus de calme et de logique; et nous comptons en faire ressortir quelque chose de véritablement avantageux pour la pratique, car, ainsi que nous l'avons déjà dit, dans cette question si palpitante d'intérêt, les erreurs, les

illusions sont sémées à chaque pas, à pleine main. Jamais peut-être dissidence n'a été plus tranchée, plus nette, plus absolue; et ce qu'il y a de plus piquant, c'est que dans les mêmes faits que nous observons avec M. Bouillaud, nous trouvons, chacun de notre côté, la confirmation de notre manière de voir! Nous tenons à combattre ce savant dans cette discussion par ses propres armes d'abord, par les faits mêmes de sa clinique; aussi avons-nous dû nous borner jusqu'ici à une argumentation contradictoire. C'est qu'il faut, avant tout, démolir ce qu'on croit être erroné, pour bien reconstruire en l'honneur de ce qu'on tient pour la vérité. Voici ce qui s'est passé dans nos études depuis notre dernière publication :

Température dermique des chlorotiques. — M. Bouillaud s'est attaché à mesurer la température des chlorotiques. Pour cela, un thermomètre est placé dans le creux axillaire de chaque patient; on l'y laisse pendant une demi-heure environ, le malade et la boule de l'instrument restant enveloppés dans les couvertures du lit. Il résulte de ces observations un fait important, c'est que la température dermique chez les chlorotiques est généralement au dessus de celle de l'état normal. La colonne thermométrique a oscillé entre 37 et 40° c.; terme moyen, 38°. On sait que la température ordinaire chez l'homme sain est, en moyenne, de 29° R. (36 à 37° c.). M. Bouillaud se trouve singulièrement embarrassé par ce résultat, tout en disant qu'il n'explique rien! Il faut bien cependant apprécier la valeur des faits, pour en tirer des conclusions; il s'agit ici de faits physiques. Vous expliquez bien la valeur de tel ou tel râle pulmonaire, de tel ou tel souffle cardiaque, de telle ou telle matité! Comment se fait-il donc que, dans une maladie apyrétique, dans laquelle vous posez en fait, sans preuve aucune, si ce n'est quelques apparences illusoires, une diminution de la masse du sang et une asthénie générale comme condition essentielle, la caloricité dermique se trouve augmentée? Vous dites que vous n'expliquez rien; vous avez sans doute vos raisons pour vous tenir ici dans une sage réserve; mais, nous, nous ne craignons pas d'expliquer les faits simples et clairs comme celui-ci, et nous disons : une calorification dermique supérieure à celle de l'état normal ne peut émaner que d'une seule source, d'un excès d'action dans le système artériel. On n'ignore pas, en effet, que la chaleur fébrile elle-même se rattache à l'accélération de la circulation, et celle-ci ne devient une cause de dégagement excessif de calorique que par l'augmentation du frottement du sang contre les parois artérielles. Ainsi, excès de frottement, excès de calorique, sont synonymes pour nous. C'est là la source de la chaleur fébrile. Il est facile de s'en convaincre d'ailleurs en se rappelant ce qui se passe dans la course et dans tous les exercices gymnastiques. Ce fait est si constant, que même l'eau peut s'échauffer par le frottement, en passant serrément dans des tubes inertes (V. dern. n°, p. 124). C'est là sans doute de la physique brute, mais c'est ce que vous voulez!

Maintenant, l'excès d'action, de frottement, dans le système artériel des chlorotiques est-il manifeste pour rendre compte de l'hyperthermalisation dermique qu'on rencontre chez eux? Il est des plus évidents pour les observateurs non prévenus. Qu'est-ce en effet ce bruit de souffle que le sthétoscope accuse dans leurs grosses artères, si ce n'est un phénomène de frottement, par la gêne que le sang éprouve dans les canaux entretenus, par une irritation sourde, dans une sorte de spasme, d'éréthisme contre nature? Diminution de la masse du sang et des globules rouges, dit M. Bouillaud! mais cette hypothèse que soutient l'illusion de la pâleur dermique et du microscope, est inadmissible; car, en ce cas, il y aurait froid, diminution du calorique dermique, et des sueurs froides, ainsi que nous l'avons déjà dit. Un excès de calorification animale ne peut se rattacher, en bonne physiologie pathologique, qu'à des conditions d'excitation, de surstimulation, car le calorique est le premier des agents de stimulation, d'excitation; c'est encore là de la physique brute, s'il vous plait!

Une jeune personne, âgée d'une vingtaine d'années, était traitée dernièrement par M. Robert, à l'hôpital Beaujon, pour une artérite extra-crânienne chronique. Toutes les artères du cuir chevelu étaient développées morbidement, par suite d'une cause traumatique ancienne; elles battaient avec une violence extraordinaire et donnaient un bruit de souffle, bruit de forge, bruit sibilant des plus éclatants, véritable type de chlorose céphalique. Le teint blême de la figure et l'état de pâleur générale étaient bien ceux de la chlorose; les menstrues étaient supprimés ou irréguliers; *la peau de la tête était chaude* cependant; le mal a fini à la longue par prendre une gravité effrayante; M. Robert a dû lier la carotide primitive d'un côté, et le bruit de souffle sur le cuir chevelu a presque *complétement* disparu. Il est donc évident que ce bruit tenait à l'espèce d'étranglement, de frottement contre nature, que le sang éprouvait dans son passage dans les artères gonflées, épaissies, par un travail phlogistique lent, par une sorte d'éréthisme morbide de leurs parois, et non à la diminution de la masse du liquide, car on sait que les branches des deux carotides communiquent si largement ensemble qu'on les injecte toutes d'un seul côté. Toujours est-il cependant, qu'après la ligature d'une carotide, il passe moins de sang pendant quelque temps dans le cuir chevelu. Or, cela a fait disparaître le bruit de souffle, ce qui doit contrarier singulièrement la théorie de M. Bouillaud! C'est peut-être aussi à la même gêne que le sang éprouve dans son passage d'une artère dans une veine, qu'est dû le bruit de souffle qui accompagne la varice anévrismale et qui se prolonge dans une certaine étendue dans la veine.

La question de la température dermique chez les chlorotiques comme dans d'autres maladies est importante et veut être approfondie avec calme, car la colère échauffe, développe du calorique accidentel qui conduit à des résultats inexacts! Un petit échange d'assertions contradictoires assez vives a eu lieu avant hier, entre M. Bouillaud et nous, sur cette question au lit du malade. Les secousses électriques ont dû faire attendre que les faits parlassent d'eux-mêmes. Il s'agissait de savoir quel est le type de la température normale chez l'homme. M. Bouillaud soutenait que ce type était de 38 à 40° c. dans l'aisselle. On l'a cependant mesurée postérieurement sur un certains nombre d'élèves, et l'on a trouvé 38° c. Ce chiffre néanmoins est trop élevé comme type général, vos observations n'étant pas concluantes. Vous avez pris en effet des jeunes gens robustes, pleins d'amour et de feu; quelques-uns helleniques, ottomans ou mongols de naissance; vous les avez examinés *debout*, tandis que vos chlorotiques sont généralement plus âgés, d'un sexe plus faible, nés dans un climat moins chaud, usés par le travail, et vous les avez explorés *couchés*. Or, il est prouvé, par les observations de M. Graves, que le pouls et la respiration offrent des différences notables entre ces deux positions; la différence est en moins pour la position couchée, de 6 à 15 pulsations. Au surplus, en acceptant même les choses telles qu'elles se trouvent en ce moment, l'avantage tourne toujours vers nous. En attendant que cette question soit traitée de part et d'autre d'une manière complète, nous présumons que M. Bouillaud ne récusera pas l'autorité suivante. — « La température normale

corps humain est d'environ 99° F. (37°,22 C. ou 29°, 78 R.); je crois que cette température est assez uniforme. Toutefois, cette uniformité dépend jusqu'à un certain point du volume considérable du corps qui s'oppose à ce qu'il se fasse une grande déperdition de chaleur.»(Hunter, OEuvres complètes trad. par M. Richelot, t. 1, p. 334.)

Plusieurs sujets chlorotiques (jeunes femmes) chez lesquels le mal n'était pas beaucoup avancé, viennent d'être congédiés des salles de M. Bouillaud, après un séjour de quelques semaines, à peu près dans le même état où ils étaient en entrant. D'autres vont recevoir leur *exeat* pareillement, dans les mêmes conditions. Ce qui détermine M. Bouillaud à renvoyer ces malades, c'est qu'elles se refusent de faire ce qu'on leur prescrit, c'est-à-dire de *beaucoup manger, et de boire du vin pour faire beaucoup de sang ;* telle est la prescription fondamentale de M Bouillaud. Ces malheureuses artéritiques répondent presque unanimement qu'elles se sentent étouffer si elles mangent, que leur tête vacille, s'échauffe, s'étourdit, se crève; que leur cœur palpite, que leur agitation nocturne devient extrême, ainsi que leur faiblesse générale; elles déclarent d'ailleurs ne pas avoir faim, ne désirer que des choses acides, de la salade, du citron; que leurs organes digestifs se refusent aux aliments substantiels, au vin, aux moyens stimulants! La nature parle assez haut, et pourtant M Bouillaud s'anime vertement chaque jour à la clinique contre ce langage des malades, et il les congédie parce qu'ils ne *veulent pas manger beaucoup et boire du vin.* Il est heureux, selon nous, que la nature soit aussi prévoyante; et notre franchise nous oblige de dire, dans l'intérêt de la science, que, si une pareille prescription pouvait être exécutée rigoureusement, ces malades en recevraient beaucoup de mal; car leur éréthisme artériel ne pourrait qu'augmenter sous l'influence du vin et des aliments trop stimulants. Il est facile de comprendre, d'ailleurs, que l'inappétence indique une lésion fonctionnelle ; or, c'est au médecin à rétablir la fonction d'abord, pour que l'appétit, qui en est une conséquence, se déclare. L'organe ne fonctionne pas; quelque chose est donc dérangée dans ses rouages; l'on veut pourtant rétablir sa fonction en forçant la fonction elle-même. Véritable cercle vicieux! C'est comme si un horloger se contentait de monter continuellement, forcément une pendule dont le mouvement marcherait trop lentement. Il faut donc remonter à la source du phénomène; or, ce n'est pas la prétendue diminution de la masse du sang ou des globules qui peut vous rendre compte de l'inappétence, de l'intolérance des aliments substantiels. Les sujets véritablement anémiques, par inédie, par des substances hyposthénisantes, ont au contraire une faim dévorante, une insatiabilité et une tolérance extraordinaires pour les aliments subtantiels et pour les alcooliques, et une aversion absolue pour les choses acides. Il est facile de s'assurer, d'autre part, que l'appétence pour les choses acides et l'aversion pour les aliments succulents, ainsi que cela se voit chez les chlorotiques, se rencontrent constamment dans les maladies à fond d'excitation. Ce sont là des caractères de quelque importance aux yeux des cliniciens dynamistes. *Aures habent et non audiunt*, dit M. Bouillaud; et nous pourrions répéter à notre tour la même ritournelle!

Un vieillard de la campagne, d'excellent tempérament, reçu depuis peu de jours à la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, d'une maigreur extrême, présente des pulsations épigastriques considérables. L'aorte abdominale bat avec une telle violence qu'on aurait pu croire au prime abord à un anévrysme; ses pulsations sont visibles à distance. Ce malheureux vomit les aliments solides depuis quelque temps; le bouillon et le lait cependant sont bien retenus, mais le marasme marche effrayamment; pas de tumeur à l'estomac; ce viscère est ratatiné, conglobé et se présente au palpement comme une petite masse pâteuse; rien qui annonce une lésion organique dans ce viscère; le souffle carotidien est manifeste; rien du côté du cœur. M. Bouillaud a diagnostiqué une chloro-anémie, un défaut de la masse du sang. C'est effectivement un véritable type de chlorose. Ce malade offre, à nos yeux, un magnifique exemple de sub-artérite lente; les pulsations aortiques à l'épigastre, pulsations violentes, anormales, disproportionnées avec le marasme extrême et la faiblesse apparente du sujet en sont une preuve palpable; tout le système artériel est dans un état d'éréthisme chez lui, le pouls est saccadé, cordé (*frizzante*), profond (pouls fluctuant de M. Bouillaud); le thermomètre, appliqué dans l'aisselle, a marqué une température élevée, malgré l'inanition (37° 1/2 c.), ce qui a beaucoup étonné les savants qui suivent la clinique. Comment, chez un sujet réduit au dernier degré de marasme, qui ne mange pas depuis longtemps, qui vit seulement de bouillon et de lait, le système artériel périphérique donne-t-il une calorification presque au dessus de l'état normal, le patient étant d'ailleurs retenu au lit? Que devient-il donc l'humorisme en présence de ce fait? M. Bouillaud regarde la pâleur de ce patient, et il dit ironiquement contre nous : *oculos habent et non vident* !! Et nous, regardant à notre tour les frémissements de l'aorte et du pouls, le thermomètre et les autres phénomènes, de répéter tristement *in petto* le même refrein !! Le vomissement lui-même n'est, chez ce sujet, qu'un symptôme de l'artérite portée au plus haut degré, qu'elle ait ou non produit des altérations organiques; l'autopsie, au reste, complétera cette intéressante observation. Disons, en attendant, que l'indication thérapeutique, dans les cas de ce genre, n'est pas de donner des cotelettes rôties et du vin de Bordeaux; elle doit avoir pour base les remèdes hyposthénisants vasculaires (sulfate de quinine ou quinquina, ciguë, limonades minérales, alcalis divers, bicarbonate de soude, les ferrugineux, eaux alkalino-iodées de Vichy ou de Challes, etc., diversement combinés), ce qui n'empêche pas de viser d'ailleurs à une alimentation restaurante aussitôt que les organes seront en état de bien fonctionner.

Ajoutons que si ces sortes de malades se sentent un peu moins mal après quelques semaines de séjour à la clinique, cela tient uniquement, selon nous, au repos au lit, à la vie paisible, retirée et *procul negotiis*, dans laquelle ces malheureux s'y trouvent. En effet, la prescription du régime hématogène de M. Bouillaud n'est guère exécutée, et quant aux deux ou trois grains de lactate de fer par jour qu'il leur ordonne, nous les regardons comme sans portée réelle. On peut se de-

mander, d'ailleurs, si le vin est un moyen propre à faire du sang? Le vin n'agit que par l'alcool qu'il contient; il exerce une action stimulante et congestive, électivement dans les centres encéphalo-rachidiens, et il ne reste pas dans l'économie. Il est d'ailleurs irraisonnable d'ordonner d'une main le vin, de l'autre les ferrugineux, l'action de ces deux agents se neutralisant. L'action des ferrugineux, en effet, est hyposthénisante, ainsi que nous le démontrerons l'expérience à la main. On s'est imaginé que le fer est tonique, parce qu'on fait avec ce métal des cuirasses et des épées, des cimeterres et des ponts! On croit qu'il colore le sang, parce que le carbonate de fer est rouge; nous vous prouverons, les faits à la main, que chez l'homme sain, les ferrugineux produisent au contraire de la pâleur et de la faiblesse comme tous les hyposthénisants, et que d'ailleurs votre hypothèse est insoutenable, car le fer administré est éliminé de l'économie après quelque temps, comme tous les autres corps hétérogènes; et s'il ramène la circulation périphérique à son rhythme normal chez les chlorotiques, c'est en combattant le spasme des capillaires qui étranglait la circulation dermique et nullement en colorant le sang; d'autres hyposthénisants vasculaires produisent le même effet. Nous en dirons autant de l'eau de mer que vous ordonnez; c'est un hyposthénisant puissant, par la soustraction du calorique qu'elle opère, et par l'absorption du chlorure de sodium, de l'iode et du brome qu'elle contient. Il est d'ailleurs illogique, sinon ridicule, de dire que l'eau, qui est blanche, colore le sang en rouge! Toutes les eaux minérales sont utiles dans la chlorose, en vertu de leur action antiphlogistique. Tout cela s'accorde avec notre diagnostic et contredit de tout point votre doctrine humorale. Pas une seule de ces assertions ne restera de notre part sans une démonstration péremptoire, vous pouvez y compter.

On voit, en attendant, si nous n'avions pas raison de dire que dans les enseignements cliniques sur cette affection les erreurs fourmillent à chaque pas, grâce à ce malheureux humorisme exhumé de la médecine antique, et qui menace d'envahir la science de nos jours! — La question est vaste et belle; l'adversaire que nous combattons est tenace, puissant, redoutable; c'est un de ces athlètes anglicans qui vous perce les flancs si l'on n'a pas des yeux de lynx! taillons donc notre plume assez bien pour le prochain numéro. Les leçons de M. Bouillaud sur la chlorose seront reproduites par nous avec la plus grande exactitude. Nos lecteurs auront ainsi sous les yeux toutes les pièces du procès.

P. S. — Aujourd'hui, 10 juillet, M. Bouillaud a raconté à la clinique le fait suivant, comme mesure préparatoire aux leçons spéciales. Une jeune femme d'un rang élevé, de belles proportions, fraîchement mariée, roulant sur les délices orientales, est allée le consulter. Elle était traitée sans succès pour une hypertrophie au cœur; cet organe battait avec une telle violence que la poitrine en était soulevée; ces soulèvements étaient larges et visibles à distance; la main appliquée sur la région était frappée avec force, et M. Bouillaud a cru un instant, au premier regard, à l'hypertrophie. Un examen de près, cependant, l'a rassuré; la pointe du cœur battait, en effet, dans le cinquième espace intercostal, dans le plan vertical du mamelon; la percussion n'a donné qu'une matité d'un pouce et demi environ de rayon. L'auscultation à signalé un souffle chlorotique patent, surtout dans les carotides. Dès lors, l'état du cœur a été considéré comme simplement fonctionnel; les vertiges, l'essouflement, la lassitude, la pâleur jaune-verdâtre, etc., ont été regardés comme des phénomènes de chloro-anémie, et cette jeune femme, ainsi que son mari, dont l'inquiétude était extrême, ont été rassurés. M. Bouillaud a prescrit une alimentation hématogène, du fer, des bains de mer, et pronostiqué une guérison en deux ou trois mois. — Cette observation offre un grand intérêt; tout le monde se plaira, sans doute, à reconnaître la précision du diagnostic de M. Bouillaud concernant l'etat du cœur; mais nous devons faire remarquer que sa théorie sur la chlorose bride fâcheusement ses ressources thérapeutiques. Certainement que les ferrugineux et les eaux de mer seront utiles à cette malade, mais ils pourraient aussi rester au dessous de l'affection; tandis qu'envisagée à son point de vue véritable, la thérapeutique de la chlorose offre un large cadre de moyens dont l'art disposera avantageusement, chez le pauvre comme chez le riche, en toute saison et en tous lieux. Il s'agit, en thèse générale, de tracer un plan de traitement et non de s'arrêter à telle ou telle ressource empirique exclusivement, comme à une ancre de salut, et qu'on risque quelquefois d'affaiblir par des mesures accessoires dictées par des idées préconçues. On nous verra à l'épreuve!

CLINIQUES CHIRURGICALES.

QUESTIONS SPÉCIALES.

Les fistules vésico-vaginales forment, depuis plusieurs années, le sujet de recherches spéciales, d'observations, d'expériences cliniques suivies dans les hôpitaux de Paris. Une discussion a même eu lieu dernièrement à l'Académie de médecine; l'art est pourtant loin encore d'avoir atteint quelques *desiderata* sur cette matière. M. Jobert vient de faire, à son tour, une communication sur la même question à l'Académie des sciences. Tout cela nous engage à exposer dans un court tableau les divers éléments de la question qu'il s'agit de résoudre. Trois méthodes sont en présence : 1° l'oblitération artificielle de la partie antérieure du vagin, comme mesure propre à convertir la partie postérieure de ce canal en une sorte de cloaque urinaire, d'appendice vésical ou de vessie surnuméraire (méthode d'infibulation Vidal); 2° la suture immédiate de la brèche vésicale, avec dédoublement de ses bords (procédé Gerdy); 3° oblitération autoplastique par glissement de la cloison vésico-vaginale (méthode Jobert). Nous limitons, comme on le voit, cet examen aux seuls faits des hôpitaux qui sont à l'ordre du jour en ce moment. Disons cependant quelques mots de généralités d'abord.

Les fistules en question offrent, comme on sait, une foule de variétés dont chacune présente, pour ainsi dire, son petit tableau pathologique spécial. Parler en faveur de telle ou telle méthode curative sans déterminer préalablement les conditions particulières dans lesquelles elle pourrait être appliquée, ce serait res-

ter dans le vague ou induire le lecteur en erreur, car, ici plus qu'ailleurs, les ressources dont l'art dispose sont relatives. Au point de vue pratique, l'infirmité pourrait, ce nous semble, être utilement étudiée en groupant les faits dans deux catégories. Dans l'une, la paroi inférieure de la vessie, son col, et la paroi antérieure du vagin, manquent en totalité ou à peu près, ainsi qu'on en a une foule d'exemples; ce sont les cas les plus graves. Dans l'autre, la brèche ne comprend qu'une partie limitée de ces parois. Encore, dans cette dernière catégorie, tout en tenant compte des dimensions, de la forme, des complications, etc., de la fistule, est-il important de discerner les cas dans lesquels la lésion est en avant ou en arrière de l'embouchure des uretères. Le plus souvent cependant, la brèche est en avant, dans la région voisine du col vésical, et comprend ou non le canal urétral. Ces simples données générales vont nous servir de point de départ dans cette appréciation. Nous supposons, au reste, que la femme est jeune, bien portante d'ailleurs, et que l'infirmité s'est déclarée par suite d'un accouchement laborieux, ainsi que cela a lieu le plus souvent.

Dans les faits de la première catégorie, qui heureusement ne sont pas les plus fréquents, il est clair que ni la méthode de M. Jobert, ni le procédé de M. Gerdy dont nous parlerons tout à l'heure, ne sont applicables. En effet, la cloison vésico-vaginale est détruite presque en totalité, la paroi du vagin n'existe plus; il n'y a pas de suture, pas de glissement autoplastique, pas de rapprochement possibles. La paroi antérieure de la vessie se trouve affaissée, sa muqueuse proémine dans le vagin; il y a, en d'autres termes, extrophie vésicale. Serait-il possible, dans cette occurrence, de pratiquer une autoplastie par un lambeau pédiculé, emprunté à la grande lèvre ou à la fesse? Pas davantage; la perte à réparer est trop vaste et les ressources connues proportionnellement trop bornées. Deux femmes qui se trouvaient dans ce cas, et que nous avons vues il n'y a pas longtemps à Saint-Louis, n'ont pu être opérées à cause de l'étendue énorme de leur antre accidentel. Chez l'une d'elles, le col utérin se trouvait oblitéré, le sang des règles s'était accumulé dans la matrice; M. Jobert a ponctionné deux fois cet organe à travers la paroi restante de la vessie, et l'écoulement menstruel a pu être rétabli, l'ouverture utéro-vésical étant restée béante, ainsi que les retours réguliers de l'écoulement menstruel l'ont prouvé. Nous avons donné, dans le temps, cette observation.

C'est pour ces sortes de fistules vésico-vaginales désespérées, qu'on a proposé, dans ces dernières années, la méthode de l'infibulation. Il s'agit, ainsi que nous venons de le dire, d'oblitérer, par une suture appropriée, l'entrée de la vulve et du vagin, et convertir ainsi le fond de ce canal en cloaque urinaire et menstruel, car le sang des règles devrait, d'après les présomptions de M. Vidal, passer de l'utérus dans l'impasse vaginale, et être expulsé avec l'urine par l'urètre. Mais, en supposant que la chose fût exécutable sans danger, il est évident que cela suppose l'intégrité de l'urètre. Or, malheureusement ce canal est détruit, le plus souvent, dans les cas de ce genre. Cette opération, au reste, a été pratiquée par l'inventeur lui-même; pas de succès! Elle l'a été dernièrement par M. Bérard; la malade est morte de péritonite! Elle l'a été aussi dans un autre hôpital (par M. Lenoir probablement), chez une femme qui a été reçue postérieurement à la clinique de M. Velpeau, où nous l'avons vue; pas de succès! Chez toutes ces femmes, l'opération avait été longue, excessivement douloureuse. Tels sont les documents directs d'après lesquels on peut juger cette méthode. L'Académie de médecine l'a jugée défavorablement. Cela suffit à un grand nombre de personnes, surtout si l'on prend individuellement la valeur des chirurgiens haut placés qui ont pris part à cette discussion, savoir : MM. Roux, Blandin, Velpeau, Gerdy, etc.; mais, pour celles qui regardent avec raison les séances de cette Académie, comme dépourvues le plus souvent d'une valeur scientifique réelle (et nous partageons par notre malheur cette conviction!), l'appréciation peut être faite avec indépendance d'après les faits acquis. Il y a là deux questions, l'une de fait, l'autre de principes. La première est déjà jugée négativement par les observations cliniques : trois opérés, trois insuccès, dont un mort; cela est assez concluant! Quant à la question de principes, rien n'est assurément plus irrationnel, plus *moresque* (qu'on nous passe cette expression) que l'idée de l'infibulation pour guérir une fistule vésico-vaginale chez une jeune femme, ayant ses règles, et pouvant encore, malgré son infirmité, se livrer à l'acte générateur et faire des enfants, ainsi qu'on en a plusieurs exemples. Les inconvénients de la méthode, en supposant qu'elle fût exécutable avec quelque chance de succès, sont tellement grands, qu'on conçoit à peine qu'on ait osé la mettre en pratique, sans considérer d'ailleurs les dangers de l'opération elle-même, les plaies larges du vagin donnant aisément lieu à des réactions phlogistiques graves du côté du péritoine et des organes abdominaux. On sait qu'une autre femme opérée par M. Roux, à l'aide de la suture, il y a plusieurs années, est morte pareillement comme la malade traitée par M. Bérard. Dans l'état actuel de l'art, l'on est obligé de reconnaître que l'infirmité en question est incurable; mais elle n'est pas heureusement irréconciliable avec la continuation de la vie et l'exercice de certaines facultés.

Arrivons à la seconde catégorie de faits. Ici la cloison vésico-vaginale n'est pas complétement détruite; la brèche est limitée, et l'art peut tenter quelques ressources réparatrices. Le procédé de M. Gerdy a réussi deux fois, entre les mains de ce chirurgien et de M. Robert. Nous avons examiné au spéculum l'opérée de M. Gerdy, lorsqu'elle était presque complétement guérie. La fistule était réduite à un très petit pertui, et la femme retenait bien les urines, le faible suintement qui avait lieu dans le vagin n'étant pas constant et ne l'incommodant pas. M. Gerdy avait

opéré cette malade à l'aide de la suture enchevillée, après avoir, bien entendu, raffraîchi les bords à l'aide de longs ciseaux et d'airignes. Il s'était surtout attaché (et c'est là la partie importante de son procédé, ainsi que la suture enchevillée) à disséquer les deux muqueuses du bord de la brèche de la cloison, savoir : la muqueuse vésicale et la muqueuse du vagin, et à affronter les parties par leur face cellulaire sous-muqueuse, la membrane ayant été dédoublée et retroussée de part et d'autre par la dissection. La fistule dans les deux cas existait en deçà des urétères, derrière le col et vers le bas-fond. Ces résultats sont encourageants sans doute; mais les faits ne sont pas nombreux. Il ne faut pas se dissimuler d'ailleurs les difficultés très grandes d'exécution, l'incertitude du résultat et la gravité même de l'opération. Ajoutons que, dans ces cas, la brèche à combler n'était pas très large, puisqu'elle laissait à peine passer le doigt indicateur.

La méthode récente de M. Jobert est basée aussi sur le rapprochement et la suture des bords de la fistule; mais, pour effectuer ce rapprochement, ce chirurgien a eu l'idée ingénieuse de décoller la cloison vésico-vaginale à sa partie supérieure, de l'attirer en bas par un véritable glissement, et d'obturer ainsi la brèche accidentelle. Nous avons vu et examiné plusieurs fois, avant et après l'opération, la malade sur laquelle il vient d'appliquer cette méthode avec succès. Décrivons le mode opératoire avant de donner le fait. Voici comment l'auteur l'expose lui-même dans une lettre qu'il vient d'adresser à l'Académie des sciences. — « Ce procédé consiste à pratiquer une incision semi-circulaire transversale sur la partie antérieure du col utérin, à l'endroit où celui-ci est joint par le vagin. La dissection a lieu de bas en haut, et le tranchant du bistouri est maintenu dirigé vers le col utérin, afin de protéger la vessie contre de dangereuses atteintes. Immédiatement après cette incision et la dissection qui isole facilement le bas-fond de la vessie, il y a rétraction de la portion antérieure du vagin et déplacement en avant de la région postérieure de la vessie. L'affrontement et la réunion des lèvres de la division deviennent alors faciles, et l'on peut ainsi réparer des pertes de substance énormes, telles par exemple que celle qui existait dans le cas dont je parle. — La malade qui fait le sujet de cette communication est aujourd'hui dans l'état suivant ; on voit : 1° au fond et à la partie supérieure du vagin, la cicatrice épaisse et solide qui sert de véritable plancher à la vessie; 2° le col de l'utérus, au devant duquel se trouve une saillie prononcée, formée par la vessie et l'extrémité supérieure du vagin détachée du col; 3° un sillon dirigé d'avant en arrière et qui indique l'endroit où s'est faite la réunion des deux lèvres de la fistule; 4° en avant de ce sillon et à la hauteur du col normal de la vessie, se remarque une dépression formée par une ouverture que peut traverser une sonde de femme. 5° Il n'existe pas d'urètre, mais l'orifice vésical de nouvelle formation semble en remplir l'usage; 6° les urines sont gardées pendant plusieurs heures, et la malade sent le besoin de les rendre, ce qu'elle effectue à sa volonté. Lorsque la malade marche, elle conserve les urines moins complétement et avec moins de facilité. »

Il s'agit d'une femme âgée de 26 ans, de petite taille, ouvrière en châles, ayant accouché pour la première fois, il y a trois ans. Son infirmité s'est déclarée aussitôt après. Elle s'était présentée à l'hôpital Saint-Louis, il y a un an. A l'examen, on a trouvé l'urètre et la paroi inférieure du col de la vessie complétement détruits, ainsi qu'une partie du bas-fond de cet organe. La brèche était elliptique d'avant en arrière, et offrait plus de 6 centimètres (2 pouces) de diamètre antéro-postérieur, ou un peu moins transversalement. Par le toucher, on introduisait aisément dans la vessie les trois premiers doigts. La femme perdait complétement ses urines involontairement, incessamment, qu'elle fût debout, assise, couchée ou sur le côté. Le cas était assurément des plus difficiles à restaurer. M. Jobert a tenté, à cette époque, une première opération autoplastique, en coupant un large lambeau à la fesse droite, au devant de la tubérosité ischiatique, qu'il a rabattu dans le vagin et appliqué contre la brèche à l'aide de points de suture; mais cette tentative n'a pas eu de résultat favorable, le lambeau s'étant gangréné, et la patiente est sortie dans le même état. On voit encore aujourd'hui chez elle les traces cicatricielles de cette première opération. — Après une année d'attente, cette femme s'est présentée de nouveau dernièrement à l'hôpital Saint-Louis. Le chirurgien a commencé d'abord par réformer l'urètre en rapprochant quelques lambeaux de tissus flottants autour de la symphyse, ce qui a eu le résultat qu'on désirait. Jusque-là, cependant, ce petit tube isolé ne servait à rien. Alors, l'opérateur a procédé à la dissection et à la réunion par glissement dont on vient de lire les détails. Cette dissection s'exécute aisément en tirant préalablement avec des érignes le col de l'utérus à la vulve; on abaisse ainsi le fond du vagin et de la vessie en même temps. Des dissections pratiquées sur le cadavre ont appris qu'en portant le tranchant du bistouri du côté de l'utérus plutôt que directement en haut, on pouvait, sans danger de pénétrer dans le péritoine, décoller les parties dans l'étendue de deux, trois et même quatre centimètres (plus d'un pouce); mais il n'est jamais nécessaire d'atteindre une limite aussi élevée, pour obtenir assez de relâchement dans la portion supérieure de la cloison et opérer le rapprochement des bords de la fistule. La réunion a pu être obtenue de la sorte chez cette malade, à l'aide d'une suture, bien entendu ; mais pendant le travail cicatriciel, le canal urétral, préalablement formé, et dans lequel on avait fixé une sonde en permanence, s'est détruit.

Néanmoins, voici ce qui en est résulté et ce qu'on remarque aujourd'hui chez cette femme. La brèche vésicale est complétement comblée, par rapprochement des parties latérales, exactement comme un bec-de-lièvre très vaste. Les parties latérales de cette suture forment deux petites masses charnues, épaisses, résistantes, comme si la cloison fût là hypertrophiée; l'affrontement des deux côtés est marqué par un sillon profond antéro-postérieur, qui en constitue la cicatrice. Au bout postérieur de cette cicatrice se voit le museau de tanche, qui adhère à la cicatrice elle-même, ce qui fait naître l'idée d'abaisser, dans les cas de ce genre, le col utérin lui-même, et de le fixer contre la brèche comme une pièce réparatrice; c'est même ce qui est arrivé en partie, selon nous, dans le cas dont il s'agit. — En avant, vers le lieu de l'urètre, se voit une ouverture de la largeur d'un centimètre environ, formée en partie par la cicatrice elle-même, et qui

remplit à la fois les fonctions de col vésical et d'urètre. Une sonde, introduite par cette ouverture, conduit dans une cavité longue et étroite comme une sorte de boyau bifurqué, ce qui dépend sans doute du rétrécissement de la poche vésicale, par suite de la perte de substance qu'elle avait subie par la maladie et par le rapprochement de ses côtés restants; mais ce qu'il y a d'heureux et d'important à signaler, c'est que cette femme, qui n'a été opérée que le 9 juin dernier, retient très bien déjà ses urines aujourd'hui; elle ne les rend que toutes les deux ou trois heures; elle se lève, marche, s'assied, reste toute la journée hors de son lit sans perdre ses urines, si ce n'est peut-être quelque peu quand elle reste longtemps sans vider la vessie. Elle a repris de la force, de la gaîté et de la fraîcheur. La vessie se développera, s'élargira très probablement par la suite, elle acquerra plus de force, et les urines seront mieux et plus longtemps retenues.

Que peut-on conclure de cette opération si heureuse, prise isolément? Pourra-t-on espérer de voir le même résultat se reproduire chez d'autres malades pareilles? L'expérience seule pourra répondre à ces questions Nous devons faire, en attendant, remarquer que la femme dont nous venons de parler étant de petite taille, avait le vagin court; la manœuvre de l'avivement des bords, de la dissection et du glissement d'arrière en avant de la cloison vésico-vaginale, a pu être exécutée exactement. En sera-t-il de même et sans danger chez d'autres autrement conditionnées? C'est encore à l'expérience à éclaircir ces doutes. Disons en attendant que, pour maîtriser les parties malades pendant l'opération, M. Jobert fait élargir et raccourcir en même temps le canal vulvo-utérin à l'aide de petites gouttières coudées en buis, ce qui rapproche la brèche à l'extérieur, à peu près comme le voile du palais dans la staphyloraphie. Nous remplissons un devoir en faisant connaître un resultat qui fait espérer un progrès important, mais ce progrès ne sera réalisé que lorsque d'autres faits pareils seront venus se joindre au précédent et donner à celui-ci la valeur d'un principe. Quoiqu'il en soit de l'avenir de la méthode, le résultat obtenu par M. Jobert chez cette malade nous semble aussi heureux que celui de la première guérison d'anus contre-nature, obtenue par Desault à l'Hôtel-Dieu.

L'hémorrhagie traumatique consécutive, c'est-à-dire, qui succède à certaines plaies déjà anciennes et suppurantes, s'offre dans des conditions différentes de celles qui accompagnent les hémorrhagies traumatiques immédiates, et elle mérite par cela même un traitement différent. Cette question vient d'être traitée par M. Blandin dans une de ses leçons cliniques, à l'occasion d'une ligature d'artère fémorale qu'il a pratiquée il y a deux jours à l'Hôtel-Dieu, pour un cas de ce genre que nous allons faire connaître. — Aucun doute n'est élevé de nos jours sur le principe thérapeutique à suivre dans les hémorrhagies immédiates des plaies; il s'agit là, comme on sait, de lier les deux bouts de l'artère divisée, sur le lieu même de la blessure, si cela est possible. Il en est autrement quand la perte sanguine ne se déclare que quelques jours, quelques semaines après, alors que la lésion est déjà le siége d'un gonflement suppurant plus ou moins considérable, ou que les pertes sanguines se répètent depuis quelque temps. Dans ce cas, l'hémorrhagie est dite consécutive, bien qu'en réalité elle ne diffère de l'hémorrhagie primitive que par l'état de phlogose suppurante dans lequel se trouvent l'artère et les tissus ambiants. C'est donc plutôt la condition pathologique des parties lésées que le temps écoulé entre la blessure et l'écoulement du sang qui dicte la qualification de l'écoulement, ce qui est passablement arbitraire, comme on le voit; car où est la limite précise entre l'hémorrhagie primitive et la secondaire? Supposons un abcès chronique à la base du cou, à l'aîne, au jarret: le travail phlogistique ramollit, ulcère une grosse artère; l'abcès s'ouvre, puis l'artère se perfore spontanément et une hémorrhagie grave a lieu, ainsi que l'on en connaît une foule d'exemples. L'hémorrhagie, dans ce cas, se trouve dans les conditions de celle que nous venons de nommer consécutive, d'après les auteurs; et pourtant elle est bien primitive en réalité, puisqu'elle ne fait que se déclarer à peine pour la première fois. Il est donc évident que ces qualifications de l'hémorrhagie traumatique sont vicieuses, ne représentent pas avec précision la lésion qu'on veut désigner par elles. On a effectivement au premier abord besoin de réfléchir pour savoir ce qu'on veut indiquer par le mot hémorrhagie traumatique consécutive. Ces préliminaires étant posés, racontons le fait de M. Blandin avant d'exposer ses réflexions générales.

Blessure de la tibiale antérieure. Ligature de la fémorale. — Un jeune homme, âgé de 25 ans environ, grand, robuste, cordonnier, avait été, en jouant avec un de ses camarades, frappé avec un tranchet, lancé de loin, au tiers inférieur de la jambe gauche, face antérieure et externe. Il en est résulté un léger écoulement de sang qu'on a arrêté aisément à l'aide d'une légère compression. La plaie, de la largeur de six centimètres environ, dirigée verticalement, a suppuré; des écoulements sanguins sont survenus de temps en temps, surtout quand le malade marchait. Cet état a duré pendant cinq semaines. Alors le patient, voyant sa plaie ainsi que les hémorrhagies persister, se sentant de plus en plus affaiblir d'ailleurs, s'est décidé à entrer à l'Hôtel-Dieu. A l'examen, on trouve une grande pâleur, bien différente de celle qui accompagne la chlorose; la plaie est béante, offre du sang et du pus à sa surface, des caillots sanguins au fond, soulevant la peau et formant une tumeur plate, du volume d'un demi citron, mais non pulsatile. On la nettoie, on se tient en observation. M. Blandin a diagnostiqué une lésion de l'artère tibiale antérieure. Le sang reparaît; l'élève de garde tamponne et comprime la plaie, ce qui a été désapprouvé le lendemain par M. Blandin. La compression de la fémorale ayant été essayée arrêtait bien l'hémorrhagie. On a donc appliqué à la cuisse un tourniquet d'abord, puis le compresseur de Dupuytren; mais le malade n'a pu le supporter longtemps, et M. Blandin a pratiqué la ligature de l'artère crurale vers le milieu de la cuisse. Le vaisseau a été dénudé avec une précision et une promptitude rares, le sujet étant maigre et l'artère bien pulsatile; cette partie de l'opération n'a pas duré plus d'une minute. Un fil de soie, fin, mais fort, a été passé sans rien mâcher, sans faire écouler plus de quelques gouttes de

sang. Ce cordonnet a été serré assez fortement pour couper les tuniques interne et moyenne; *ses deux chefs ont été coupés près du nœud*, et la plaie a été complétement réunie par première intention. Le nœud se trouve ainsi abandonné dans le fond de la plaie ; il coupera l'artère, et il sera plus tard, soit résorbé, soit isolé et enkysté comme une balle, soit expulsé au dehors par un petit abcès consécutif. L'hémorrhagie a cessé sur le champ et elle n'a plus reparu depuis; le pied est devenu froid, mais le soir il était déjà plus chaud qu'à l'état normal. Aujourd'hui, deuxième jour, le malade va parfaitement bien, la plaie de la ligature est belle et elle paraît déjà réunie partout; la blessure primitive suppure, et tout fait espérer que ce malade guérira promptement et heureusement. Nous y reviendrons d'ailleurs, si la guérison n'avait pas lieu.

M. Blandin a attaché une grande importance, dans cette opération, à ne pas contondre, à ne pas déchirer d'une manière quelconque les parties, afin d'obtenir une réunion par première intention ; et c'est aussi dans ce but qu'il a suivi le procédé de Lawrence dans l'application d'un fil fin de soie, dont il a coupé les chefs pour ne laisser dans la plaie que le seul nœud. Déjà cette manière de lier les artères compte un grand nombre de succès en Angleterre, en Amérique, et même en France (M. Blandin n'en suit pas d'autre depuis quelques années). On se propose par là de prévenir une grande inflammation et même la suppuration, puisque la cause constante des hémorrhagies sur le lieu de la ligature est la phlogose trop vive, trop prolongée, qui ramollit les artères, les rend fragiles, les ulcère, les perfore ou les prédispose à se rompre au moindre choc. Aussi, depuis que la méthode anglaise, de la simple ligature fine, a été adoptée par la généralité des chirurgiens, les hémorrhagies, si redoutables autrefois dans le lieu de la ligature, surtout lorsqu'on posait plusieurs ligatures d'attente, ont presque complétement disparu de la pratique; et c'est là un progrès réel qu'on doit complétement aux études expérimentales par les vivisections.

A cette occasion, M. Blandin a rappelé combien l'ancienne méthode de Scarpa, à laquelle M. Roux s'est attaché exclusivement dans la ligature des grosses artères, est défectueuse, puisque le petit cylindre qu'on place sur le tube artériel et le ruban de fil dont on se sert pour le fixer et aplatir le vaisseau provoquent nécessairement une grande inflammation, une suppuration abondante, prolongée, ce qui doit contribuer à altérer les deux bouts de l'artère à l'endroit coupé par la ligature ; le pus lui-même, qui se forme au dessus du caillot ou aux alentours, doit ramollir, détacher, expulser celui-ci et permettre au sang de s'échapper. Le travail phlogistique, prolongé par la chute tardive du ruban et du petit cylindre, doit fréquemment laisser les deux bouts de l'artère coupée par le fil plus ou moins ramollis, et par conséquent fragiles, faciles à déchirer, à donner des hémorrhagies, ainsi que cela s'est si souvent rencontré, surtout en Italie où cette méthode a été le plus employée du temps de Scarpa. Aussi Scarpa lui-même a fini par l'abandonner et par préconiser la ligature simple avec un fil fin, l'expérience sur les animaux lui ayant démontré que la réunion par première intention et l'absence d'une phlogose considérable étaient les conditions les plus essentielles pour prévenir les hémorrhagies sur le lieu de la ligature. Depuis cette époque, on n'en a observé que beaucoup moins. Dans ses derniers mémoires sur cette importante question, Scarpa a proscrit sa méthode ancienne et recommandé le principe que nous venons d'exposer, dû en grande partie aux travaux des chirurgiens anglais auxquels Scarpa s'est plu à rendre justice. En Italie cependant quelques vieux chirurgiens qui avaient déjà obtenu des succès satisfaisants par le premier mode opératoire, ont conservé la ligature aplatissante avec le petit cylindre et le ruban de fil; d'autres ont inventé des instruments métalliques, des espèces de plaques, propres à maintenir l'artère aplatie comme avec deux doigts sur le lieu de la dénudation, et se passer ainsi de la ligature ; mais les résultats n'ont pas été meilleurs. Tous ces moyens sont de plus en plus tombés dans l'oubli, et l'on revient à la ligature fine et simple, comme en Angleterre, en France et en Amérique. Il importe de faire remarquer néanmoins qu'en Italie les hémorrhagies sont toujours fréquentes quand la ligature est pratiquée pour des anévrysmes. Cela tient à l'état maladif du système artériel chez ces sortes de sujets dans ce climat ; il y a artérite lente, générale, plus ou moins grave chez la plupart de ces malades; leurs artères sont friables, peu aptes à la réunion immédiate, très prédisposées au ramollissement, etc. : de là les hémorrhagies fréquentes, si redoutables, si indomptables, si prêtes à récidiver. Une autre cause de cet accident en Italie tient peut-être au mode opératoire, à la dénudation trop grande de l'artère, du moins c'est l'idée qui nous vient à la mémoire en rappelant nos anciens souvenirs oculaires. Nous voulions par là relever toute l'importance qu'il y a à ne dénuder l'artère qu'autant qu'il le faut, et à ne le faire que délicatement, promptement, afin d'avoir le moins d'inflammation possible et une réunion immédiate.

En France, M. Roux est le seul chirurgien qui soit resté fidèle à l'ancienne méthode de Scarpa; les succès qu'il a obtenus dans sa longue et brillante pratique l'ont tellement encouragé dans cette voie qu'il reproche aux chirurgiens italiens d'avoir abandonné leur première méthode. Il existe, au point de vue dont il s'agit, une différence fondamentale entre une ligature qu'on pratique pour un anévrisme spontané, et une autre qu'on exécute pour une blessure récente ou ancienne. Dans le premier cas, la prédisposition aux hémorrhagies est toujours plus grande par la raison qu'un anévrisme spontané est presque constamment le résultat d'une artérite lente, laquelle persiste souvent encore au moment de l'opération. Or, M. Roux a pratiqué jusqu'à présent trente-six fois la ligature de la fémorale d'après le procédé de Scarpa, et sur ce nombre, il n'a eu que cinq ou six cas d'hémorrhagie consécutive. Pour apprécier la véritable valeur de ces faits, il serait donc important de connaître d'abord les conditions des patients, car cette proportion de cas d'hémorrhagie serait très grande déjà, si elle se rapportait à

la catégorie de simples lésions traumatiques. Pris d'une manière générale, ce chiffre proportionnel aurait besoin, pour être jugé, d'être comparé aux résultats de la méthode de la ligature simple et fine sur un nombre à peu près égal d'opérés pour la même région. M. Blandin, consultant sa propre expérience sur ce sujet, trouve proportionellement un nombre moins considérable de cas d'hémorrhagie. Telle est aussi l'opinion des autres chirurgiens des hôpitaux de Paris. M. Roux, a eu des cas d'hémorrhagie à des époques très éloignées de l'opération ; une fois même le 45e jour. Cela tient évidemment, dit M. Blandin, à l'inflammation considérable qu'a provoqué une ligature large et le petit cylindre, qui aplatissait le vaisseau. Jamais cela ne se voit à cette époque quand on fait usage d'une ligature fine, ce qui ne veut pas dire, à la vérité, que la ligature fine n'est pas suivie d'hémorrhagies quelquefois, à des époques plus rapprochées de l'opération. M. Blandin, veut seulement établir par là ce fait : que les hémorrhagies, à des époques très éloignées de l'opération, se rattachent à des phlogoses suppurantes étendues, que le petit cylindre et le gros fil provoquent, et qu'on n'observe pas par l'autre procédé, par cela même que la ligature fine permet une réunion immédiate ou une cicatrisation prompte.

Le fait de M. Blandin que nous venons de rapporter offre plus d'intérêt encore sous un autre point de vue; nous voulons parler de l'effet de la ligature à distance dans un cas d'hémorrhagie traumatique. Cette question est encore à l'étude, et elle semble devoir être résolue favorablement. Les faits de ce genre cependant ne sont pas encore assez multipliés pour pouvoir entrer en discussion avec des conclusions péremptoires. Parmi les faits existants, M. Blandin a rappelé un cas d'amputation de jambe dont le moignon avait, dans le courant de la suppuration, donné des hémorrhagies abondantes, lesquelles avaient résisté à trois applications de fer rouge ; Dupuytren fit la ligature de la crurale avec succès. Il existe d'autres cas analogues, dont un appartient à M. Blandin. Dans un autre, d'hémorrhagie traumatique primitive à l'avant-bras, par lésion de l'interosseuse, M. Blandin lia la brachiale au milieu du bras, et le sang a été arrêté. Dupuytren lui-même avait lié heureusement la fémorale pour une hémorrhagie à la jambe provenant d'une fracture compliquée de ce membre. On pourrait citer une trentaine de cas peut-être d'hémorrhagies traumatiques, soit primitives, soit consécutives aux membres, guéries à l'aide de la méthode, soit d'Anel (ligature près de la blessure), soit de Hunter (ligature éloignée); mais il est aussi de nombreux cas d'insuccès, surtout dans les hémorrhagies primitives, à cause de la circulation collatérale qui produit des jets de sang par le bout inférieur. Dernièrement encore nous étions présent à une ligature de la fémorale que M. Roux pratiquait sur une jeune femme pour extirper sûrement une tumeur encéphaloïde, placée au dessous de l'artère ; ce vaisseau a donc été dénudé, coupé exprès, et ses deux bouts ont été liés séparément. Pendant la dissection de la tumeur, le bout inférieur de l'artère déjà liée s'est trouvé ouvert de nouveau accidentellement : le sang a jailli avec une grande violence à plusieurs reprises de bas en haut. Il a donc fallu faire empoigner circulairement le jarret par les mains d'aides, en attendant que l'opérateur eût débridé largement la plaie, disséqué le muscle couturier par son bord externe et lié l'artère de ce côté ; l'hémorrhagie a été arrêtée.

La direction courbiligne des collatérales et la marche souvent rétrograde du sang dans les petites artères (fait parfaitement établi par des observations exactes) rendent fort bien raison de ces sortes d'hémorrhagies par le bout périphérique des grosses artères. Dupuytren lia sans succès la carotide à un homme pour une hémorrhagie traumatique primitive de la face ; il existe des exemples analogues pour des hémorrhagies pareilles aux membres, traitées à l'aide d'une seule ligature, laquelle n'empêche pas le sang de continuer à couler par le bout périphérique de l'artère. Heureusement cela n'a pas toujours lieu, surtout dans les hémorrhagies secondaires. Aussi peut-on espérer dans ces occurrences de bons résultats pour la seule ligature à l'Anel ou à la Hunter, sur le bout cardiaque de l'artère blessée. La différence des résultats de cette méthode, suivant que l'hémorrhagie est primitive ou secondaire, pourrait peut-être tenir à l'élargissement des collatérales supérieures, lequel a lieu dans le second cas, et qui permet la déviation de la colonne sanguine, sans un reflux abondant dans le bout inférieur de l'artère, ni dans le bout supérieur ; ou du moins, si ce reflux a lieu, il est léger en cas d'hémorrhagie secondaire, et une faible compression autour du lieu hémorrhagique suffit alors pour arrêter le sang; tandis que, dans l'hémorrhagie primitive, ce reflux par les collatérales dans la plaie est abondant ordinairement, et le sang continue à sortir si on ne lie pas les deux bouts de l'artère lésée dans le lieu même de la blessure. Nous devons rappeler, à cette occasion, deux cas que nous avons déjà rapportés, d'hémorrhagie traumatique de la radiale, près de l'articulation du poignet, dans lesquels M. Jobert a lié cette artère au dessus et au dessous de la blessure, par deux nouvelles plaies voisines, mais indépendantes de la première, avec un résultat parfait. Cette méthode est heureusement applicable dans les cas où la recherche du vaisseau dans la plaie primitive offre des inconvénients sérieux, ou peut occasionner des phlogoses dangereuses, transmissibles à des parties voisines importantes, comme à une articulation, par exemple, et où les conditions anatomiques de l'artère permettent de découvrir ce vaisseau sur les deux points indiqués. D'autres considérations se rattachent à cette importante question.

Hôpital Beaujon (M. Robert).

Tétanos. Bains de vapeur. Guérison. — Un homme âgé d'une cinquantaine d'années, ouvrier, d'assez bonne constitution, avait été blessé à la plante du pied gauche. A l'examen, il présentait une plaie contuse, sur le bord plantaire interne, s'étendant depuis le talon jusqu'au milieu du métatarse, ayant par conséquent une longueur de 15 centim. au moins (5 pouces). On l'a traité par les irrigations d'eau froide pendant les douze premiers jours. A cette époque, la lésion était déjà en bonne voie de guérison, le malade ne souffrait plus, mais le bourgeonnement ne paraissait pas très abondant. On a donc cessé les irrigations et l'on a pansé la plaie, simplement, avec de la charpie et du cérat. La nuit suivante, le malade avait chaud, il s'est découvert et il est resté dans cet état jusqu'au lendemain. Il s'est donc enrhumé, a été saisi de douleurs rhumatismales et d'une légère raideur à la mâchoire inférieure, qui a persisté pendant trois ou quatre jours. Alors le malade a commencé

à accuser des raideurs dans le membre inférieur gauche, avec des espèces de tremblements ou de secousses convulsives, petites et répétées. Bientôt après, les mêmes phénomènes se sont déclarés dans l'autre membre abdominal, puis les muscles du tronc se sont pris, à leur tour, de bas en haut. Le cou, les mâchoires se sont raidis; l'œsophage s'est contracté (dysphagie), et les autres symptômes ordinaires du tétanos étaient manifestes. M. Robert a prescrit des bains de vapeur prolongés jusqu'à la syncope, qu'on a répétés chaque jour, et des pilules d'opium, de 5 centigrammes chaque (1 grain), au nombre de deux, trois ou quatre par jour. Le mal n'a pas fait de progrès: la raideur a diminué, les convulsions se sont apaisées et le malade a guéri en peu de jours. Aujourd'hui, le traitement n'est plus continué, la plaie est cicatrisée, le trismus a disparu complétement, mais les muscles de la cuisse du côté gauche offrent encore une certaine raideur, une sorte de dureté semi-ligneuse. Avant ces accidents, on avait remarqué, dans le milieu de la plaie, un point qui était d'une sensibilité extraordinaire au toucher. Déjà M. Robert avait observé deux autres cas de tétanos survenu à la suite de plaies de la plante du pied ou du bras, et qui s'étaient guéris à l'aide des bains de vapeur répétés jusqu'à la syncope. L'un de ces cas s'était présenté à la Pitié dans le service de Sanson; les bains ont dû être continués longtemps, et leur nombre a été si considérable, que l'Administration, qui faisait alors venir les bains de vapeur du dehors, a eu à solder une note de 360 francs pour cela, ce qui doit sembler peu concevable; le fait n'est pas moins exact cependant.

— Deux choses sont à considérer dans ces trois observations : le résultat empirique et le principe de la médication employée. Depuis longtemps déjà on avait prescrit des moyens propres à produire une transpiration abondante pour guérir le tétanos, surtout le tétanos qui avait coïncidé avec une influence catarrhale ou rhumatismale. On connaît la ressource d'A. Paré qui fit ensevelir un de ses amputés devenu tétanique par l'action du froid, dans un tas de fumier qu'il trouva dans une étable; il ne lui laissa que la seule tête de libre et mit en même temps deux rechauds pleins de feu à ses côtés, afin de provoquer la transpiration; son malade a fini par guérir après trois jours de station dans le fumier. Ce singulier remède n'a pas été imité par d'autres, à ce que nous sachions; mais on a insisté sur l'ammoniaque et autres médicaments réputés diaphorétiques, et l'on a quelquefois obtenu de bons résultats; mais l'inconstance de ces mêmes résultats, et la terminaison naturellement heureuse des tétanos légers, a jeté nécessairement du doute sur la bonté réelle des mesures en question. Les bains de vapeur qu'on a substitués aux moyens précédents sont-ils plus encourageants? Les trois faits que nous venons de citer et qu'on pourrait invoquer en faveur de la médication ne sont pas bien concluants à nos yeux; néanmoins nous serions blâmables si nous voulions rejeter les bains de vapeur de la thérapeutique du tétanos. Faisons seulement remarquer qu'une grande circonspection est nécessaire dans leur emploi à cause de l'action stimulante et congestive du calorique excessif qu'on est obligé de faire intervenir dans le bain, et qui pourrait aggraver fâcheusement le mal, si la sueur qui doit s'ensuivre n'était pas très abondante. Quant à l'opium à haute dose qu'on est dans l'usage de prescrire dans ces cas, nous pensons qu'on ne saurait trop en être circonspect, par la même raison que le calorique. L'action dynamique de l'opium, en effet, est stimulante et congestive, et elle pourrait beaucoup nuire dans cette maladie. Dans notre opinion, le calorique concentré du bain de vapeur et l'opium à haute dose pourraient rendre mortels des tétanos qui ne le seraient pas d'eux-mêmes. Cette opinion ne saurait assurément rien enlever à la bonté des résultats obtenus par M. Robert, car nous parlons en thèse générale.

Pour ce qui est du principe de la médication (l'excitation de la diaphorèse), il n'est basé que sur une donnée grossière, inacceptable dans l'état actuel de la science. On veut faire suer les malades, parce que le mal s'est déclaré sous l'influence d'un rhumatisme, d'une cause catarrhale ou du froid. Pourquoi n'en fait-on donc pas autant dans une pneumonie, dans une endocardite déclarées sous l'influence de la même cause? Voyez où conduit l'humorisme qu'on voudrait faire renaître de nos jours! Il est indispensable de remonter à la condition pathologique de l'affection si l'on veut saisir les véritables indications thérapeutiques, et lui opposer un plan de traitement énergique, au lieu de tel ou tel remède empirique, quelquefois nuisible. Cette question est vaste et nous ne pouvons la traiter pour le moment. Disons seulement, et nous le prouverons par des faits incontestables, malgré les faits négatifs qu'on pourra nous opposer, et dont nous pouvons donner une explication satisfaisante, que la condition fondamentale de la maladie consiste dans une congestion phlogistique des centres nerveux rachidiens; congestion aiguë, fébrile, dont les convulsions et les sueurs ne sont qu'un effet, et dont les traces, très sensibles dans certains cas, nous échappent dans d'autres à l'autopsie, surtout lorsque la marche du mal a été telle que le travail morbide n'a pu s'élever au degré de former des produits matériels, la congestion capillaire disparaissant après la mort comme dans certaines ophthalmies, dans l'érysipèle, etc. Il s'en suit que la véritable indication curative doit avoir pour base les antiphlogistiques énergiques, principalement les saignées générales et locales, abondantes, répétées, rapprochées, coup sur coup, et multipliées jusqu'au maximum de tolérance; le tartre stibié à haute dose, les mercuriaux, etc. Tout cela avait été dit et fait il y a longtemps sans doute, mais pas avec assez de précision et d'énergie. Malheureusement, de ce qu'on a vu les médications rester au dessous du mal, on en a conclu qu'on s'était trompé, que la nature du mal était inconnue; l'on s'est égaré au point qu'aujourd'hui l'on n'a plus de principes arrêtés dans le traitement du tétanos, et l'on se livre à des médications empiriques absurdes, nuisibles ou généralement insuffisantes. Nous reviendrons sur cette question importante de thérapeutique dynamique.

Hôpital de la Charité (M. Gerdy).

Luxation spontanée de l'extrémité inférieure du cubitus. — Une jeune femme de la campagne est couchée dans une des salles du service de M. Gerdy pour être traitée de plusieurs maladies. Elle porte des traces multiples d'une ancienne affection scrophuleuse. Parmi ces traces est une luxation spontanée de l'extrémité inférieure du cubitus, en arrière, c'est-à-dire sur la face dorsale du radius. Cette luxation a paru rare et intéressante, et M. Gerdy a fait mouler l'avant-bras de cette femme. Voici comment la lésion se présente. L'avant-bras offre une large traînée de cicatrices à sa partie inférieure, dans la direction du bord cubital interne et sur le siége même de l'articulation radio-cubitale inférieure. Sur la face dorsale supérieure du poignet et sur la face dorsale inférieure du radius, se voit une petite tumeur osseuse, du volume d'un œuf de pigeon, formée évidemment par la tête du cubitus, hypertrophiée, luxée et chevauchée sur le radius. Cette tumeur est ébranlable, et ses mouvements se transmettent au reste de la tige osseuse du cubitus. Cette tige peut être suivie, de haut en bas, avec les yeux et le toucher dans sa moitié inférieure jusque sur le poignet, ou plutôt sur la tête du radius; elle chevauche, croise manifestement le radius L'avant-bras, qui est très petit, comme atrophié, se présente dans la pronation forcée; la supination n'est possible qu'à peine au quart de son arc de cercle ; la rotation supinante s'arrête instantanément comme par l'action d'un ressort métallique, bien avant que le bord radial n'arrive sur la ligne mitoyenne, entre la pronation et la supination. La partie inférieure de l'avant-bras est très rétrécie. Les doigts conservent de l'agilité, mais tous les mouvements du membre sont affaiblis. Si on fait des tentatives de réduction, la tête cubitale se laisse déchevaucher légèrement et descend un peu vers le bord interne du radius, mais cette manœuvre est douloureuse. Il est bien entendu qu'on n'entend rien faire à cette luxation qu'on vient d'étudier chez cette malade; nous en avons pris l'observation dans un but pratique que nous allons exposer.

— Les auteurs classiques n'ont pas décrit la luxation spontanée de l'extrémité inférieure du cubitus. Ce sujet cependant a été traité par nous dans un mémoire que nous avons publié, il y a plus de dix ans, dans les Archives générales de médecine (2e série, t. 3, 1834, p. 390 et 524). Nous n'avions considéré alors que la luxation spontanée par rhumatisme chronique au poignet et par des plaies suppurantes de la région carpienne. Voici les conditions d'un des cas de ce genre, que nous avions observés dans les hôpitaux. « Dans le mois de mars dernier (1834), la femme Spanier, âgée de 34 ans, domestique, fut couchée, pendant trois jours seulement, au n° 11 bis de la salle Saint-Côme de l'Hôtel-Dieu, pour être traitée d'une affection du poignet gauche. Ce poignet ne présentait d'autres lésions qu'une maigreur extrême et une luxation en arrière de l'extrémité carpienne du cubitus. Le déplacement et les symptômes qui l'accompagnaient étaient, chez cette femme, des plus caractérisés : doigts étendus et à peine mobiles; main dans la pronation; supination impossible; abscence de douleurs; tumeur osseuse produite par la tête du cubitus sur le poignet; rétrécissement du diamètre bi-styloïdien du poignet ou inter-malléolaire radio-cubital, etc. Le mal existe depuis quatre mois. La malade assure n'avoir fait aucune chute, ni souffert aucune violence dans cette partie. Cet état est survenu, dit-elle, à la suite d'un rhumatisme aigu, dans le poignet. Des traces de rhumatisme existent, en effet, dans d'autres articulations de cette malade. Ayant essayé de réduire le cubitus de cette femme par la même manœuvre que j'ai exposée dans l'observation précédente, la chose m'a été très facile : le cubitus étant très mobile, malgré sa luxation de quatre mois, je pouvais aisément redonner momentanément la liberté des mouvements à la main, en la tournant dans la supination, après avoir replacé le cubitus. Le tout se passait presque sans douleur. Les parties reprenaient leur position vicieuse aussitôt que mes doigts avaient cessé de les retenir. On peut, quand le mal n'est pas très ancien remettre l'os à sa place, l'y fixer pendant longtemps, à l'aide d'un appareil convenable, et maintenir l'avant-bras dans la supination complète, position qui favorise le parrallélisme des deux os. »

Quant à la manœuvre réductive, voici en quels termes elle avait été formulée par nous. « En embrassant d'une main le poignet de ce malade, de manière que les quatre doigts répondaient sur la face palmaire de la partie inférieure de l'avant-bras, tandis que le pouce de la même main pressait fortement sur la petite tête cubitale saillante, comme pour faire *déchevaucher* les deux os ensemble; et, de l'autre main, ayant pris et tiré en même temps doucement la main du malade vers la supination, j'ai vu que, par cette double action combinée, le cubitus descendait manifestement de la place anormale, rentrait avec une sorte de craquement dans sa position naturelle, la main et l'avant-bras revenaient dans la supination, et le poignet reprenait sa force naturelle. Le malade éprouvait, il est vrai, quelque douleur pendant cette manœuvre que j'ai répétée plusieurs fois, mais ses doigts recouvraient sur le-champ la faculté d'agir. A peine, cependant, cette espèce de coaptation était-elle ôtée, que les parties reprenaient leur position vicieuse.

Il existe, au reste, plusieurs degrés dans cette espèce de luxation, selon le degré de ramollissement ou de destruction des liens articulaires, ce qui veut dire que souvent le déplacement n'est que partiel ou incomplet, circonstance importante qui prescrit un traitement préventif de la luxation complète à l'aide d'un appareil. Il est, au reste, des ouvriers qui offrent à un léger degré la luxation en question, sans souffrir. Dans le mémoire indiqué se trouve le fait suivant : « J'ai vu un nègre, scieur de bois, dont l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras était tellement relâchée, que je pouvais aisément luxer avec mes doigts le cubitus en arrière; je le replaçais avec la même facilité, sans que l'individu éprouvât de douleur. » Disons enfin que, dans toutes nos observations, nous avons trouvé hypertrophiée la petite tête déplacée du cubitus. Cette circonstance tient probablement à la perte d'assujettissement habituel de l'extrémité osseuse et à la position très superficielle qu'elle acquiert dans le déplacement; tout os, en effet, qui perd une partie de ses enveloppes naturelles s'hypertrophie sur ce point, s'il ne se nécrose pas; nous

avons souvent vu les os maxillaires supérieurs se trouver dans ce cas sur des sujets défigurés depuis longtemps par des brûlures profondes ou des gangrènes étendues ; on pratique l'autopsie, on répare la brèche, et l'os revient petit à petit à son volume naturel, par une sorte de travail nutritif rétrograde. C'est là, au reste, une simple explication ; mais le fait est constant.

Hydrocèle testiculaire chez les enfants. — Chez les jeunes sujets de 8, 10, 12 ans, l'hydrocèle n'a pas ordidairement un grand volume ; le liquide est bien limité dans la vaginale ; le plus souvent à cet âge, l'ouverture inguinale étant déjà fermée. M. Gerdy n'aime pas opérer par injection ces sortes de malades, le trois-quarts pouvant aisément blesser le testicule à cause du peu de liquide contenu dans la vaginale ; il a constamment obtenu la guérison en passant un petit séton avec une longue aiguille à coudre et un simple brin de fil, qu'il laisse en place 24 heures seulement. Le lendemain, l'inflammation est déjà intense et le travail oblitérant s'effectue ensuite spontanément à l'ordinaire, comme chez l'adulte. Deux enfants viennent d'être opérés et guéris de la sorte à la Charité. Chez l'un, l'inflammation a été si vive après le séjour de 24 heures du fil, qu'un petit abcès s'est formé dans le trajet du cordon inguinal, mais sans importance. Ce sujet du traitement de l'hydrocèle chez les enfants réclame peut-être de nouvelles études, les auteurs n'en ayant parlé que très superficiellement.

Hôpital de la Pitié (M. Lisfranc.)

Ulcères chroniques opiniatres. — Un homme, âgé de quarante et quelques années, de mauvaise constitution, grand, assez grêle, avait été frappé d'apoplexie, il y a plusieurs mois. Des remèdes indiqués en pareils cas lui avaient été appliqués en ville ; puis un large vésicatoire lui avait été posé au mollet de la jambe paralysée depuis deux mois et demi. L'état général s'était un peu amélioré, mais le vésicatoire était devenu large et fongueux. Le malade a été adressé à l'hôpital pour être traité de cet ulcère qu'on n'avait pu guérir en ville. La surface ulcérée offrait la largeur de la paume de la main, était creuse, couverte de bourgeons fongueux, mollasses, indolores, atoniques. Pas de varices, ni d'indurations, ni d'œdème. M. Lisfranc a fait pratiquer d'abord une saignée du bras, puisqu'il y avait des symptômes de congestion cérébrale, et il a attaqué l'ulcère partiellement, c'est-à-dire dans une partie de sa surface d'abord, puis dans le reste, petit à petit, en la saupoudrant avec le mélange suivant, qu'il emploie habituellement en pareils cas : sulfate acide d'alumine, une partie ; amidon, cinq parties. En peu de temps les bourgeons ont été réprimés, la surface s'est animée et la guérison a été obtenue en deux semaines environ. La cicatrice est belle, égale, solide, indolore. M. Lisfranc s'est souvent bien trouvé de cette pratique.

— Sans être nouvelle, cette médication offre de l'intérêt dans une époque où la thérapeutique des ulcères chroniques est réduite à quelques secours mécaniques. Nous désirons faire bien remarquer qu'il ne s'agit pas ici d'une poudre caustique, comme l'alun calciné, tant recommandé autrefois pour réprimer les chairs fongueuses ; le mélange en question exerce une action dynamique incontestable, et c'est là sa principale vertu. Une infinité de mélanges, différents de celui-ci, peuvent sans doute atteindre le même but, mais la pratique doit toujours se prévaloir des faits acquis. Il y a cette différence entre l'alun icalcné et l'alun non calciné, c'est que le premier a perdu son eau de cristallisation, l'acide se trouve plus concentré et, par là, plus apte à cautériser. On comprend qu'en le délayant dans une grande quantité de poudre inerte, le sulfate acide se trouve à peu près comme les solutions alumineuses qu'on prescrit comme gargarisme dans les maux de gorge. Est-il certain que le bandage à la Baynton et la position élevée du pied pendant le repos au lit n'eussent pas suffi pour guérir cet ulcère ? Il paraît que cette méthode avait été essayée sans succès. Quoi qu'il en soit, nons croyons utile de rappeler, à l'occasion de ce fait, que, dans les hôpitaux, en Angleterre, où l'on rencontre un grand nombre de ces sortes d'ulcères chroniques, opiniâtres, on se trouve très bien, à chaque pansement, d'en lotionner la surface avec une légère solution d'un sel métallique (sulfate de zinc, de fer, ou de cuivre) ; la guérison est plus prompte généralement que quand on n'emploie que les seules bandelettes. Au surplus, nous ne parlons que des ulcères simples ; mais, en thèse générale, il importe de rappeler que l'état atonique n'est qu'apparent, la condition qui s'oppose à la cicatrisation n'étant pas moins phlogistique au fond. Cette opinion n'est pas partagée par tous les chirurgiens, nous le savons bien, mais qu'importe!

Péritonite générale. *Mercure à dose élevée* — Nous avons déjà eu plusieurs fois l'occasion de signaler les bons effets que M. Lisfranc avait retirés, en différentes occasions, de l'emploi de la pommade mercurielle à dose très élevée contre les péritonites aiguës. Nous venons d'en voir deux autres exemples récents dans son service, et qui nous ont paru offrir un véritable intérêt. Dans l'un, il s'agit d'un homme, âgé de 40 ans environ, qui, étant ivre, avait eu l'abdomen écrasé par une grosse roue de voiture, laquelle lui avait traversé la région hypogastrique. Il en est resulté une rétention urinaire, puis une péritonite pariétale générale très grave, avec épanchement reconnaissable dans la partie inférieure du ventre. Le malade a été saigné du bras ; puis son ventre a été couvert d'une couche épaisse de pommade mercurielle double qu'on a renouvelée plusieurs fois par jour, à tel point qu'on a consommé deux kilogrammes et demi (cinq livres) de cette pommade dans l'espace de trois jours. A cette époque, les symptômes alarmants de la péritonite avaient déjà disparu ; le malade a guéri. L'autre est relatif à une femme grêle, délicate, ne pouvant pas être saignée ; elle a été saisie de métro-péritonite, et guérie comme le malade précédent.

— Quand on a affaire à une maladie inflammatoire, aussi formidable que la péritonite générale, et que l'état de la constitution s'oppose à l'emploi des saignées suffisantes, coup sur coup, on est vraiment malheureux si l'on ne sait avoir recours à des remèdes dynamiques qui agissent comme la saignée. Il est impossible de ne pas reconnaître une action hyposthénisante marquée dans les mercuriaux employés dans les cas ci dessus. Ce sujet, au reste, nous l'avons déjà discuté plusieurs fois ; qu'il nous suffise, quant à présent, de rappeler combien il importe d'avoir recours à de pareils moyens avec toute la connaissance que comporte l'état actuel

de la thérapeutique. Comment peut-on soutenir encore, en présence de ces faits et d'autres analogues, que le mercure est un excitant?

Hôpital Saint-Louis (M. Jobert).

Blessure par un lion! — On venait dernièrement d'apporter d'Afrique dans les écuries de Franconi, au boulevard du Temple, deux jeunes lions d'une grande beauté, destinés aux exercices du Cirque des Champs-Elysées. On les avait cantonnés dans deux cages, et les nobles captifs semblaient déjà habitués aux fréquentations des palefreniers. Aujourd'hui, 15 juillet, un petit jeune homme, âgé de 12 ans, fils d'un des palefreniers de l'écurie, se trouvait debout, près d'une des cages, parlant à quelqu'un et ayant le dos tourné contre le terrible animal, lorsque celui-ci allonge sa patte droite à travers les barreaux, saisit l'enfant par la blouse au collet, l'abat vers la grille et lui applique en même temps l'autre griffe sur la tempe gauche; tout cela aussi rapidement que l'éclair. Le pauvre enfant, arraché heureusement de suite aux harpons meurtriers, a été transporté immédiatement à l'hôpital Saint-Louis, où nous l'avons examiné. Il offre une plaie déchirée, mâchée, énorme à la tempe, comme si elle eut été faite par un de ses larges sabres-scies dont font usage les sapeurs et qui sont si formidables. La longueur de cette plaie est au moins de 18 à 20 centim. (6 à 7 pouces) et s'étend dans une direction courbe depuis l'angle orbitaire externe jusqu'à l'apophyse mastoïde, en y comprenant une partie du cuir chevelu et le pavillon de l'oreille qui avaient été décollés. Les os de la région sont à nu, et la griffe a pénétré si profondément qu'elle a désarticulé en partie l'os molaire. L'œil a été respecté; il n'y a pas eu de commotion cérébrale; mais la plaie est si maltraitée par l'action primitive, si vaste d'ailleurs, qu'il faut s'attendre à des réactions graves. On l'a réunie par première intention. Il est probable que le crâne de ce malheureux enfant eût été crevé sans le prompt secours qu'il a reçu. Il est urgent que l'autorité fasse inspectionner les mesures de précaution qu'on oppose à ces nouveaux hôtes du désert, car ces sortes d'apprivoisements qu'on prépare aux badauds parisiens ne s'accomplissent pas ordinairement sans le sacrifice préalable de quelques têtes humaines, de quelques mollets ou d'autres parties plus ou moins attrayantes au goût des nouveaux débutants!

Ligature temporaire de la carotide primitive. — Dans un cas de cancer encéphaloïde du volume de la tête d'un enfant de neuf mois, engendré dans le sinus maxillaire et formant une masse effrayante sur toute la joue, chez un jeune homme robuste, âgé de 33 ans et qu'on avait refusé d'opérer dans deux services différents, M. Roux a eu dernièrement le noble courage d'affronter le mal avec le bistouri, la mort du patient étant certaine d'ailleurs sans cette tentative. Il a commencé par lier la carotide primitive à l'aide de la ligature temporaire de Scarpa. Il fendit ensuite la face verticalement et transversalement, et, par une dissection habile, il est parvenu à démolir l'énorme végétation. Le lendemain, on ôte la ligature de la carotide; la circulation s'est rétablie aussitôt; mais, chose étrange, à l'instant l'isthme du gosier s'est serré, s'est gonflé si fortement que l'air ne pouvait plus passer dans la glotte; le lambeau de la joue était branlé comme un drapeau et s'enfonçait jusque dans le gosier au point d'asphyxier le patient; on a dû le fixer avec une pince au dehors. Le patient est mort 60 heures après l'opération. Pour empêcher le lambeau de flotter, M. Roux a eu l'idée de le fixer au dehors sur un large morceau de carton, à l'aide d'un point de suture au milieu de la joue.

TOXICOLOGIE.

GAZ-TOXIQUES.

Empoisonnement par le gaz à éclairage (bi-carbure d'hydrogène. — La femme Andriette Cliet, âgée de 27 ans, née à Bethmont (Savoie), demeurant avec son mari dans une pièce située rue Tholozan, et éclairée par le gaz hydrogène carboné, ferma, le 19 au soir, comme d'ordinaire, le robinet du gaz, mais une fuite donna issue, pendant la nuit, au fluide toxique, qui ne tarda pas à déterminer les accidents réunis de l'asphyxie et de l'empoisonnement. Le lendemain matin, le mari fut trouvé mort; la femme présentait encore quelques signes de vie. On pratiqua de suite des frictions énergiques, une saignée au bras droit, et l'on promena des applications de moutarde sur diverses parties du corps. Ces moyens, employés avec persévérance, n'ayant pas notablement amélioré l'état de la malade, elle est apportée à l'Hôtel-Dieu le 20 décembre, à 4 heures 1/2, et couchée au n° 55 de la salle Saint-Charles. On l'y trouve couchée en supination, ne donnant aucun signe de connaissance et n'exécutant aucun mouvement. La face est pâle; les paupières sont fermées sans contracture; les pupilles sont de grandeur normale et l'iris se contracte vivement par l'exposition à la lumière. La bouche est entr'ouverte; les rangées dentaires, maintenues dans un écartement de 1 centimètre environ, exigent un effort assez notable pour être écartées davantage; les membres, immobiles et dans l'extension, ne peuvent être fléchis qu'avec peine; le pouls est très petit et facilement dépressible; les battements du cœur sont réguliers; la respiration est un peu fréquente et stertoreuse; râle muqueux fort intense dans toute la poitrine; selles et urines involontaires assez abondantes. Prescrip. : Potion avec 15 gouttes d'ammoniaque; frictions sternales avec un liniment ammoniacal camphré; 12 sangsues derrière les oreilles. — A 8 heures du soir, la malade est toujours sans connaissance et sans mouvement; la peau est chaude et couverte de sueur; la face est restée pâle et le pouls très petit; les membres sont aussi raides; le trismus est plus énergique la respiration plus bruyante. Prescript. : 16 sangsues derrière le cou, 2 vésicatoires aux jambes. — A 10 heures 1/2, l'état général est le même. La malade a de nouvelles selles involontaires et vomit quelques matières verdâtres, fétides. Pendant la nuit ces vomissements se reproduisent et les matières présentent l'odeur caractéristique du gaz d'éclairage. — Le lendemain, 21 décembre, à 8 heures du matin, on trouve la malade toujours privée de connaissance, mais exécutant quelques mouvements lents et irréguliers, à la suite de stimulations extérieures. Le pansement des vésicatoires lui arrache quelques plaintes inarticulées; la respiration est plus calme et silencieuse par intervalles; on peut, avec un effort modéré, écarter légèrement les mâchoires et introduire les boissons, dont la déglutition est cependant très difficile, pupilles toujours contractiles. Prescrip. : Lavement avec le vin émétique trouble et la décoction de séné; moutarde aux cuisses; 1 sangsue en permanence derrière chaque oreille. — Le soir, l'aspect de la malade est à peu près celui d'une personne endormie; ses membres exécutent de temps en temps quelques mouvements sans but; mais aussi sans brusquerie ni convulsion; la respiration est presque silencieuse; les râles thoraciques presque nuls; le pouls, toujours faible, est légèrement irrégulier. Prescrip. : Potion avec infusion de menthe et 15 gouttes ammoniacales. Le 22 décembre. 8 heures du matin, la figure a repris sa couleur normale; les membres n'ont plus de rai-

deur; on écarte assez facilement les mâchoires et la déglutition se fait bien; la malade paraît comprendre qu'on lui adresse des questions et tourne ses regards vers les personnes qui lui parlent : elle a prononcé ce matin quelques mots sans suite. Prescrip. : Potion ammoniacale ; lavement vinaigré. A 4 heures du soir elle répond, quoique lentement et par monosyllabes, aux questions qu'on lui adresse à très haute voix. Elle dit avoir un peu de céphalalgie et ne souffrir aucunement du ventre. Priée de tirer sa langue, elle écarte, à grand'peine, ses mâchoires de quelques lignes ; et pendant ses efforts, une contraction irrégulière des masséters imprime à la mâchoire inférieure un tremblottement continuel. On ne peut voir que la pointe de la langue qui paraît animée et saburrale.

23 décembre. La connaissance se rétablit de plus en plus complétement; la langue, qu'elle meut librement, est un peu tuméfiée, rouge et recouverte d'un enduit jaunâtre épais; la bouche et le gosier sont douloureux, le pouls reste petit et sans fréquence. Prescrip. : Potion éthérée; lavement vinaigré. — Le 24, il ne reste plus de tous les accidents de l'empoisonnement qu'un peu de stupeur, de la lenteur dans les mouvements et la parole, de la pesanteur de tête et une stomatite que révèlent l'odeur fétide, la rougeur et l'empreinte des dents sur la langue tuméfiée. Cette stomatite diminue les jours suivants; mais le 28, la langue est prise rapidement d'un gonflement notable, qui lui fait faire saillie entre les dents et s'accompagne de rougeur et de plaques pseudo-membraneuses. Prescrip. : Cataplasme sous-maxillaire ; lavement camphré. Cette glossite, qui cesse le troisième jour, n'empêche pas l'état général de s'améliorer de jour en jour et, le 2 janvier, la malade peut se lever et faire seule le tour de la salle. Elle sort le 8 entièrement guérie. (Journal de méd. de Lyon, juin 1844.)

— On s'étonnera peut-être de nous voir sans cesse nous élever contre une thérapeutique toxicologique généralement enracinée, et que nous regardons comme une calamité déplorable, puisque si elle ne tue pas toujours, ce n'est certainement pas sa faute. C'est qu'il est plus difficile de détruire une vieille routine reçue sans contrôle et suivie aveuglément, que de faire goûter des vérités nouvelles dont l'étude exige quelque travail, un esprit de progrès et assez de courage pour abandonner les vieilles habitudes. — L'auteur de cette intéressante observation a suivi de tout point la médication qu'ont formulée, *a priori*, dans leurs livres, des hommes de laboratoire, étrangers à toute notion clinique, par conséquent incompétents dans ces questions, et que la foule irréfléchie a adoptée sans examen. Pour un médecin habitué au tact clinique cependant, il faut une grande prévention systématique pour ne pas reconnaître, dans les symptômes ci-dessus, les caractères les plus patents de l'action hyposthénisante du gaz toxique absorbé. Remarquez bien cette prostration extrême portée jusqu'à l'insensibilité, cette pâleur cadavérique, ce pouls filiforme, mou, intermittent, ces sueurs visqueuses, ces urines abondantes et ces selles involontaires, tous caractères de l'hyposthénie franche ; et pourtant on saigne la malade, dans la fausse croyance sans doute que l'action du gaz congestionne le cerveau! Elle ne va pas mieux ; l'insensibilité augmente : dès lors commence la prescription d'une série de moyens hyposthénisants, plus dangereux les uns que les autres, tels que sangsues à la tête, vésicatoires, sinapismes, solution stibiée, etc. Cette malade aurait sûrement succombé, non de l'empoisonnement, car, bien que grave, il n'était pas mortel de lui même, mais du traitement, s'il eût eu assez d'énergie pour abattre le reste de force fonctionnelle dont disposait l'organisme. Ce qui aurait promptement ranimé cette malheureuse, c'est le traitement stimulant jusqu'au moment de la réaction fébrile. Du vin, de l'alcool, du rhum, de l'eau de canelle, de l'opium, par la bouche, en lavement, par la voie dermique, le bain très chaud au besoin, le calorique accumulé dans des linges, etc. Ce dernier moyen convient d'autant mieux, que son action stimulante se fait de suite sentir sans exiger un travail préalable d'assimilation, comme les remèdes qu'on donne par la bouche : tels sont les moyens que les nouvelles études dynamiques et le critérium clinique recommandent en pareils cas. Déjà la science possédait plusieurs faits bien observés d'intoxication, terminés ou non mortellement par l'absorption du gaz à éclairage; ces faits ressemblent tellement au précédent que nous croyons superflu d'en reproduire les détails. Faisons seulement remarquer qu'il s'agit, dans ce cas, moins d'asphyxie que d'un véritable empoisonnement par l'absorption du composé toxique. Qu'importe qu'il soit à l'état de gaz? Il n'en est que plus pénétrant, plus formidable par son prompt passage dans le sang. Il n'est pas nécessaire que le gaz passe avec l'air pulmonaire pour produire ses effets toxiques; l'absorption dermique peut donner le même résultat, ainsi que le prouvent des faits incontestables. Qu'est-ce en effet qu'un gaz, si ce n'est une solution extrêmement délayée? On n'a malheureusement que de fausses idées sur les empoisonnements par les gaz : et pourtant les phénomènes dynamiques qui sont le seul guide fidèle pour le médecin, s'offrent absolument ici avec les mêmes caractères que dans les empoisonnements par la voie de l'estomac. Nous avons déjà traité cette question générale à l'occasion des émanations toxiques des mines (voy. t. 1, p. 135). Disons enfin que, quant au gonflement consécutif de la langue qu'a présenté la malade de l'Hôtel-Dieu de Lyon, la chose a déjà été observée à la suite de l'empoisonnement par le gaz acide carbonique, et elle paraît se rattacher à une action hysposthénisante élective du toxique sur les veines de la langue, ce qui occasionne probablement des stases sanguines passives, et par là le gonflement. C'est ainsi aussi, à ce qu'on présume, que la vapeur de charbon détermine d'abord une céphalalgie frontale, gravative, intense et insupportable, et qui se dissipe très bien par les opiacés; elle s'aggrave au contraire par le café et par la diète, ainsi que nous l'avons éprouvé nous-même.

Gale. — A l'hôpital Saint-Louis, le remède qu'on trouve préférable contre la gale : c'est la pommade d'Helmerick, laquelle se compose de : axonge, 8 parties; fleurs de soufre, 2 parties; carbonate de soude ou de potasse, 1 partie.

BULLETIN OPHTHALMOLOGIQUE

Fistule lacrymale. *Cathétérisme forcé; par M. Cappelletti, chirurgien à Trieste.* — Dans un travail pratique d'une importance réelle qu'un jeune chirurgien distingué de Trieste (Italie), M. Cappelletti, vient de publier sur la fistule lacrymale, on trouve les remarques suivantes : « La méthode que j'avais, dit l'auteur, adoptée exclusivement dans ma pratique est celle de Dupuytren. Je n'ai pas été heureux, cependant. Sur 37 cas que j'ai opérés un très grand nombre ont récidivé, d'un mois à un an après l'opération. Chez deux, la canule, après la cicatrisation de la plaie, est remontée derrière le tendon de l'orbiculaire, ce qui a nécessité plusieurs manœuvres pour l'extraire. Chez deux autres, il s'en est suivi une dacryocystite aiguë, avec suppuration; en ouvrant l'abcès, la canule s'est présentée entre les lèvres de la plaie et j'ai dû l'extraire. Chez trois autres, la canule est sortie spontanément par la narine. Chez une jeune femme que j'avais opérée deux ans auparavant, j'ai trouvé, quand elle est venue me consulter, que la canule avait perforé la voûte du palais, et elle pendait dans la bouche. Une dame, de Vienne, avait été opérée par moi huit mois auparavant, lorsqu'elle a réclamé les soins du professeur Jœger dans son pays; ce chirurgien a dû, à ce qu'on m'a appris, employer le trépan pour pouvoir extraire la canule. Je dirai enfin que chez d'autres que j'ai traités plus tard de la récidive, la canule avait disparu complétement sans qu'ils sussent s'ils l'avaient avalée ou rejetée par la narine.

« Découragé par ces insuccès, j'ai dû renoncer à la canule de Dupuytren, et je suis revenu à la dilatation graduée. Je dois faire cependant remarquer que si dans les premières années de ma pratique j'opérais un grand nombre de malades atteints de fistule lacrymale, aujourd'hui je n'ai que très rarement besoin d'en venir à l'opération pour cette maladie. Je me suis en effet convaincu que la tumeur lacrymale, que Demours considérait comme une hernie du sac, tandis que Beer en avait fait une hydropisie, et que d'autres avaient caractérisée de blénorrhée du même récipient, n'est en réalité, ainsi que la fistule confirmée, qu'un symptôme d'une dacryocystite lente, laquelle occasionne secondairement le rétrécissement du canal nasal par propagation de l'inflammation dans cette partie. Par suite de cette remarque, j'ai fixé toute mon attention sur le traitement antiphlogistique et résolutif, et l'on comprend déjà *a priori* comment, employé à temps, ce traitement peut très bien guérir radicalement la maladie; tandis que les moyens mécaniques ne font, au contraire, que pallier ou exacerber le travail morbide. J'ai eu à m'applaudir de cette méthode, et je puis affirmer que sur dix cas de fistule lacrymale, je trouve à peine un cas qui exige des secours mécaniques, les neuf autres se laissant aisément guérir par la méthode que je viens d'indiquer.

« La méthode que j'ai suivie pour combattre l'inflammation chronique du sac consiste dans des applications répétées de sangsues aux environs de la région malade, des fomentations émollientes, des purgatifs, des vésicatoires à la nuque. Si le mal existe sur un sujet scrofuleux ou vérolé, je prescris l'idriodate de potasse. Un autre moyen que je combine aux précédents et qui m'a donné d'excellents résultats, c'est la compression du sac à l'aide d'une petite pyramide de compresses et une bande monoculus, ainsi que l'avait recommandé F. d'Aquapendente. Quand la phlogose lente de la muqueuse s'est propagée du sac au canal nasal, la sécrétion purulente est très abondante; je vide alors deux fois par jour le syphon lacrymal à l'aide de la compression, et je pratique des injections à l'aide de la seringue d'Anel, avec une solution de 5 à 10 c. (1 à 2 grains) de nitrate d'argent dans 30 grammes (une once) d'eau. Quelquefois aussi je me sers, pour ces injections, d'une solution d'idriodate de potasse, de sulfate de zinc ou de borax; le nitrate d'argent cependant est préférable par son action hyposthénisante élective sur les muqueuses. Ce remède, s'il est employé à forte dose, peut aussi agir par son action locale et faire passer la phlogose chronique à l'état aigu, ce qui la rend plus susceptible de résolution. C'est ainsi aussi que je comprends les guérisons obtenues par Volpi, et qu'a produites aussi dernièrement notre collegue le docteur Asson, en introduisant un morceau de pierre infernale dans le sac. Loin de produire la destruction du sac, ainsi que Nannoni le supposait, ce moyen n'agit donc que par ses propriétés dynamiques comme un puissant antiphlogistique; et la preuve, c'est que les malades traités ainsi par M. Asson ont guéri sans larmoiement consécutif.

« Les cas qui résistent à cette méthode sont précisement ceux dans lesquels le rétrécissement du canal nasal est organique. Ce rétrécissement est quelquefois primitif et la phlogose du sac consécutive à ce rétrecissement. Le plus souvent cependant la muqueuse du syphon lacrymal est congestionnée, boursoufflée, infiltrée, et ses parois rapprochées obstruent le passage des larmes. Dans quelques cas, la phlogose s'est fixée sur le corps papillaire de la muqueuse et dans le tissu cellulaire soujacent; il en résulte un versement de matière plastique qui épaissit la muqueuse, produit des bourrelets diversement disposés et saillants, des brides dures et résistantes; cette variété, qui offre des degrés variables de rétrécissement, ne cède pas aux remèdes dynamiques et elle réclame des moyens dilatants, mécaniques. Le rétrécissement peut offrir une à plusieurs lignes d'étendue, ou bien occuper tout le canal nasal. Le plus souvent il a pour siége l'orifice inférieur de ce canal, où il existe un repli en forme de valvule. Il suffit que ce repli se gonfle pour que le canal se bouche complétement. C'est même à cette circonstance qu'on doit attribuer la cause de la récidive fréquente et prompte après l'application de la canule de Dupuytren. Cette canule, en effet, est courte, ne dépasse pas le repli valvulaire; celui-ci se gonfle et en bouche aisément l'extrémité inférieure. C'est ce que j'ai souvent observé chez mes opérés; j'enlevais la canule et je trouvais son intérieur parfaitement libre, pourtant les larmes ne passaient pas dans le nez. Quelquefois le rétrécissement est tout à fait en haut, au commencement du canal nasal.

« Quand le mal résiste à la médication antiphlogistique et résolutive, j'ai recours à la dilatation forcée. Voici comment je suis parvenu à ce mode de traitement. J'opérais un jour une femme d'une fistule lacrymale à l'aide de la canule; la résistance que j'ai rencontrée dans le canal était très grande; j'ai donc forcé le passage avec la canule et le mandrin, et j'y suis entré de vive force; la douleur a été excessive; en retirant le mandrin cependant la canule est sortie en même temps. J'allais la réintroduire, mais la patiente s'est refusée formellement. Huit jours après, la plaie était cicatrisée et et les larmes avaient repris leur cours. La guérison a été durable. Depuis ce moment, je n'ai pas opéré autrement les cas qui ont résisté à la méthode résolutive, et j'ai eu à m'applaudir; mais je fais suivre cette dilatation forcée de l'usage du clou de Scarpa, en plomb, pendant six à dix mois, jusqu'à la cessation complète de la sécrétion purulente et au libre écoulement des larmes. Je préfère le clou en plomb à celui en argent ou en or, l'oxide de plomb et le sulfure qui en résultent agissant utilement comme remède hyposthénisant. Pour pratiquer la dilatation forcée, je commence par ouvrir le sac à l'ordinaire, puis j'introduis un cathéter que

j'ai fait construire exprès. (L'auteur en donne la figure.) Ce cathéter est modelé sur la canule de Dupuytren fixée à son mandrin coudé; il offre une longueur de huit à dix lignes et fait un angle presque droit avec le museau de tanche qui est légèrement courbe; il est de forme conique, et un peu plus gros que la canule de Dupuytren. Cette portion coudée est creuse comme une algalie et présente à son coude une ouverture par laquelle s'injecte un liquide que je fais sortir par le nez. Cette sortie du liquide m'indique que c'est bien dans le canal nasal et pas ailleurs que j'ai pénétré. »

REVUE GÉNÉRALE.

Traitement de l'épilepsie par la digitale; *par M. D. J. Corrigan.* — La digitale est, dit l'auteur, de temps immémorial un remède vanté contre l'épilepsie, dans les districts ruraux de l'Irlande. Les effets de ce médicament administré à la manière des fées (*fairy-women*) (c'est ainsi qu'on désigne les guérisseuses du pays), avaient paru si violents, que les praticiens se refusèrent à l'employer, bien que, dans beaucoup de cas, on avait constaté l'influence heureuse de son action thérapeutique. La formule la plus en usage était celle-ci : feuilles fraiches de digitale, 120 gm. (quatre onces); pilez, jetez sur la pulpe une pinte de bière bouillante; laissez infuser huit heures, passez avec expression. On donnait tous les trois jours 120 gm. (quatre onces) de ce liquide avec 75 centig. (quinze grains) de poudre de racine de polypodium. Suivant une autre formule, cette dose était répétée, chaque trois heures, jusqu'à vomissement. En 1828, sir P. Crampton m'informa qu'il avait été témoin de l'administration du remède, dans quatre cas, dont trois furent guéris; mais qu'il n'avait pas osé aller au delà de la première dose, tant les effets produits par cette quantité avaient été violents. Elle avait suffi pour causer des vomissements avec efforts continus, comme ceux qu'on éprouve par le mal de mer ; pendant 24 heures, le pouls était demeuré faible et irrégulier durant plusieurs semaines après.

» En 1831, le docteur Sharkey, de Cork, dans un numéro du journal *The Lancet*, fixa l'attention des praticiens sur les bons effets de la digitale dans l'épilepsie, et il donnait la même formule. Une seule dose (quatre onces) causa des vomissements, douleur à l'épigastre, froid des extrémités, crampes, une grande dépression et irrégularité du pouls, persistant pendant plusieurs jours. J'expérimentai moi-même ce médicament, suivant la même formule, et je ne m'étonnai pas que les praticiens redoutaient de l'employer. La première dose détermine des vomissements très violents, accompagnés de sueur froide, de faiblesse et d'irrégularité du pouls. Ces symptômes furent suivis comme d'une gastrite intense, avec une grande prostration des forces vitales, de vision double qui a duré pendant plusieurs jours, ce qui me détermina pour toujours à ne pas donner une aussi forte dose. Il peut être intéressant de noter ici les phénomènes que j'observai à la suite de l'administration de cette quantité. Le médicament fut donné à 10 heures du matin : à midi, le pouls avait faibli de 30 pulsations, c'est-à-dire que de 86 il était tombé à 56. — Le patient se plaignait d'une légère céphalalgie, avec nausées; ce ne fut qu'à 8 heures du soir, dix heures après l'administration du remède, que les simptômes graves apparurent Je jugeai que le remède avait une action complexe, et que, pour en retirer tout le bénéfice, il fallait déterminer la dose suffisante pour développer son pouvoir réductif, sans s'exposer au danger des effets produits par une trop forte dose. C'est ce point important pour la pratique que je crois avoir fixé. Après plusieurs essais des diverses préparations, je donne la préférence à l'infusion de digitale suivant la pharmacopée de Dublin : je ne saurai trop insister sur la nécessité de veiller, avec le plus grand soin, à ce que les feuilles soient bien choisies et le plus fraîches possibles : un des cas que nous allons rapporter prouvera l'utilité de cette précaution.

Le mode d'administration que nous avons adopté, consiste à donner de prime abord 30 gm. (une once) d'infusion chaque soir, au moment de se coucher; dans la seconde semaine, on élève la dose à 45 gm. (une once et demie); puis la semaine d'ensuite, à 60 gm. (deux onces) : il est rare qu'il soit nécessaire d'aller au delà. Cette dose sera continuée jusqu'à ce que l'estomac témoigne de la souffrance ou que l'on observe une dilatation des pupilles: alors on reviendrait à la dose de 15 ou 30 gm. (demi-once ou une once), pour remonter graduellement à la dose maximum, dont l'usage, une fois toléré, devra être continué pendant deux ou trois mois. Conduite de cette manière, cette médication est supportée sans accidents. Si quelquefois des douleurs légères à l'estomac ou à la tête apparaissent, il suffit d'une suspension de quelques jours pour pouvoir reprendre et continuer son emploi. Ces légers symptômes et un ralentissement assez remarquables des battements du cœur sont les seuls effets qu'on observe sous l'influence de ce traitement ; et le patient est apte à se livrer à ses occupations ordinaires pendant sa durée.

Première observation. — Un jeune homme, âgé de 27 ans, me consulta au mois de mars 1841 ; il me donna les détails suivants sur son état. Au mois d'août de l'année 1840, il fut pris subitement, au milieu de la nuit, d'une violente attaque de nerfs qui dura plusieurs minutes. Depuis cette époque jusqu'aujourd'hui, les attaques se sont répétées toujours la nuit : le plus long intervalle qu'il y ait eu entre les accès a été, une fois seulement, de cinq semaines. Il décrit ainsi ce qui lui arrive : Son frère, qui couche dans la même chambre que lui, est réveillé par le bruit qui se fait dans sa gorge, accompagné de suffocation ; il se réveille alors lui-même, en proie aux plus grandes souffrances : il est pris de mouvements convulsifs de tous les membres, puis après d'un état de délire furieux qui persiste quelques minutes. On voit sur sa langue des traces des morsures qu'il s'est faites durant l'attaque de la dernière nuit. Pendant longtemps les accès ne vinrent que la nuit; mais dernièrement il perdit tout à coup connaissance, et tomba, en plein jour, dans un salon d'un établissement public. Cette circonstance augmenta sa sollicitude pour sa maladie; il ne sait à quelle cause pouvoir l'attribuer. L'appétit est bon, le ventre réglé : le pouls est plein; et il éprouve, presque toujours, un bourdonnement dans la tête. Avant de me consulter il a pris, sans en éprouver de soulagement, du nitrate d'argent, de la strychnine, etc. Je prescrivis des ventouses scarifiées à la nuque, un cautère au même lieu, et l'usage d'un demi-grain de tartre stibié chaque soir. Cette médication fut continuée jusqu'au 9 avril; durant ce temps, il n'y eut qu'une seule attaque, mais le patient dit qu'il sent ses facultés affaiblies. Le tartre stibié fut suspendu, et j'ordonnai de prendre chaque soir : huile de térébent., 4 gm. (un gros); huile de valériane, une goutte. — Le 22 mai, les attaques ne se sont pas renouvelées; la santé générale est améliorée : suspension de toute espèce de

médicament, usage des lavements de temps en temps. — Le 12 mai, le malade me rappelle, pour m'informer que les attaques sont reparues : il en a eu deux depuis dix jours. Les accès sont tels que d'abord ils avaient été.. Malgré l'usage de tous les mêmes remèdes qui semblaient déjà avoir procuré du soulagement, et de beaucoup d'autres que nous passons sous silence, la maladie semble avoir pris un caractère plus invétéré. Les attaques, plus violentes que jamais, se répètent tous les quatre ou cinq jours; et le patient éprouve, à la suite des pesanteurs de tête, un état d'hébêtement, et n'a point souvenance de tout ce qui s'est passé. Je voyais avec anxiété l'avenir brisé de cet homme, menacé de perdre l'emploi qu'il occupait dans l'une de nos hautes administrations publiques.

Tel était son état lorsque je lui prescrivis l'infusion de digitale, suivant la pharmacopée de Dublin, à prendre chaque soir, au moment de se mettre au lit, à la dose d'un plein verre à vin, avec la prescription d'augmenter la quantité si le médicament était toléré : il porta la dose à 90 gm. (trois onces) chaque soir. — Le 15 août, je le trouvai plein d'espoir : il n'avait eu qu'une légère attaque depuis 13 jours. — Le 22 sept., les attaques n'apparaissent plus que tous les 10 à 11 jours; elles sont légères, et débutent quelquefois dans le jour par des besoins fréquents d'uriner, sans pouvoir les satisfaire. Ce symptôme avait été constaté avant l'usage de la digitale. Prescription : continuer la digitale à la même dose. — Le 20 oct., les accès sont tellement affaiblis, que le malade n'est plus réveillé ; on ne remarque plus qu'un mouvement convulsif du larynx : encore il ne sait les détails que par son frère, son compagnon de chambre. Comme la digitale ne produisait pas son effet spécifique, je lui prescrivis de porter la dose à 120 gm. (quatre onces); cette quantité ne parut pas produire plus d'impression que la première; mais alors une circonstance imprévue obligea notre malade à se servir de nouvelles feuilles qui devaient avoir été beaucoup moins conservées, car, après quelques jours, il fallut en suspendre l'usage; et lorsqu'il le reprit, il s'en tint à la dose de 60 gm. (deux onces) seulement, qu'il continua pendant environ trois mois. — Les attaques d'épilepsie devinrent de plus en plus faibles, et enfin disparurent complétement : j'ai la satisfaction de voir souvent ce malade dont la santé est parfaite et de corps et d'esprit; depuis plus de quatre années, il n'a pas eu une seule attaque.

Dexième observation. — Le 8 septembre 1841, je vis, en consultation avec mon honorable ami le docteur Neligan, une demoiselle N..., âgée de 27 ans. Sans cause apparente, cette demoiselle fut saisie d'une frayeur pendant une promenade à cheval; et elle serait tombée de la selle, si quelqu'un n'était venu la soutenir. Des accès semblables se sont renouvelés plusieurs fois dans le cours de l'année; et, le plus souvent, on n'a pu expliquer le motif qui pouvait les déterminer; durant quelques mois elle en a été préservée, mais ils ont de nouveau apparu. La malade ne perd pas connaissance, mais ce qu'elle éprouve pendant ces attaques est un sentiment des plus pénibles, bien qu'elle ne puisse le décrire. Quelquefois elle est sur le point de tomber; d'autres fois pas. Peu de temps après le début de la maladie, les mains et les bras devinrent raides durant les accès qui offrirent bientôt les caractères de vraies attaques d'épilepsie : mouvements convulsifs des membres, écume à la bouche, etc. Dans les commencements, elle était avertie des approches des attaques par la sensation d'un bruit de cloche dans les oreilles, etc., etc.; mais ces symptômes ont cessé; et maintenant, sans aucun signe précurseur, elle s'évanouit, tombe brusquement et est prise de convulsions. Les attaques sont devenues fréquentes : elle en a eu le 25 août, le 1er et le 2 septembre courant. La santé générale a éprouvé cependant une grande amélioration d'un petit voyage à Harrowgate; une leucorrhée, dont elle était atteinte, a disparu : dans les intervalles des accès, la patiente jouit d'une santé excellente. — Prescription : infusion de digitale à la dose de 60 gm. (deux onces); bain de douche en pluie.

Le 17 septembre, le médicament a produit d'abord quelque malaise, et parfois des vomissements le matin. Lorsque ces accidents se sont présentés, il a suffi de suspendre l'administration du remède pendant un ou deux jours, pour le reprendre ensuite impunément : aujourd'hui ces incommodités ont cessé; l'appétit et la santé générale sont bons; le seul effet constatable de la médication est la lenteur du pouls qui ne donne que 50 pulsations. — Il n'y a eu qu'une seule attaque, le lendemain de l'usage de la première dose; encore s'est-elle limitée à l'évanouissement. — Prescription : continuer *ut supra.* — Au mois d'octobre, le docteur Neligan m'informa qu'il n'y avait pas eu retour des accès : l'infusion de digitale avait été continuée à la même dose; quelquefois la patiente avait ressenti le matin, mais jamais pendant la nuit, un malaise comme celui causé par le mal de mer. Chaque fois, une suspension de quelques jours a permis de reprendre ensuite la médication. Nous avons depuis perdu de vue cette malade. Mais ce qui est constant, ce furent les bons effets de la digitale pendant la courte période qu'elle fut administrée. Avant l'emploi de ce médicament, les attaques étaient très fréquentes, se répétaient souvent plusieurs jours de suite; tandis qu'elles cessèrent presqu'aussitôt que la malade fut mise à l'usage du remède, et elles ne se sont pas renouvelées pendant tout le temps que la patiente a été soumise à notre observation. (*Dublin hospital Gazette*, et *Lond. and Edimb. med. jour. of med. sc.*, 15 mai 1845.)

— Le rédacteur du journal d'Edimbourg auquel nous avons emprunté cet article, ajoute la note suivante : « Nous croyons que les cas d'épilepsie, dans lesquels l'emploi de la digitale a paru utile, sont ceux qui se compliquent d'affection du cœur; mais ce ne sont pas les plus communs, et nous craignons que le remède recommandé ne soit pas le plus généralement utile. Nos expériences aussi nous ont conduit à considérer l'indigo comme un excellent spécifique contre l'épilepsie; mais ce moyen, comme tant d'autres employés contre cette maladie, demeure souvent sans utilité réelle, soit comme agent curatif, soit même comme simple palliatif. » — Nous respectons les judicieuses remarques de notre savant confrère d'Edimbourg, M. Cormack; cependant, nous qui aimons la liberté absolue des opinions dans les sciences, nous devons dire qu'à l'égard du traitement de l'épilepsie les auteurs n'ont fait jusqu'ici que rester dans un vague désespérant. On cherchait des spécifiques, alors qu'il fallait d'abord comprendre la maladie dans son essence et tracer un plan de traitement en conséquence. Ce problème de haute médecine se trouve

aujourd'hui, à ce que nous croyons, parfaitement résolu par l'article de fonds que nous avons donné dans ce numéro. Si l'on veut bien méditer nos considérations générales, l'on verra que les expériences de M. Corrigan, et celles de M. Cormack, se trouvent inclusivement appréciées à leur véritable valeur comme faits isolés. Il existe d'ailleurs une multitude de faits analogues dans la science ; mais on comprend que, sans les données distinctives que nous avons posées, la valeur de ces faits isolés, de leurs éloges ou de leurs critiques, restera sans effet utile pour l'art. Il existe un travail clinique de Rasori sur la digitale contre l'épilepsie ; nous nous contentons de le mentionner simplement quant à présent.

Correspondance.

Blennorrhée prostatique. Seigle ergoté. *Lettre de M. le docteur Desruelles.* — Vous avez publié dans votre excellent journal (n° de juillet dernier) l'observation recueillie par M. le docteur Robert, à l'hôpital Beaujon, de la guérison d'une spermatorrhée, suite de masturbation ; et vous avez annoncé un autre fait de la même maladie, observé par vous, après abus des plaisirs vénériens : dans l'un et dans l'autre cas, l'usage du seigle ergoté uni au camphre a été suivi d'un succès complet. Ces guérisons, opérées à l'aide de l'ergot de seigle, sont loin de m'étonner ; j'en ai rassemblé depuis quatre ans un assez grand nombre pour établir que le seigle ergoté, administré avec prudence et opportunité, agit d'une manière efficace dans le traitement de la blennorhagie aiguë, et de l'espèce de blennorrhée que j'ai désignée sous le nom de *blennorrhée prostaturique*. Dans la première maladie, l'ergot calme les érections, modère la douleur et la chaleur, et fait cesser ou considérablement diminuer l'activité fonctionnelle et sécrétoire de la glande prostate, qui prend une part si active dans toute blennorrhagie. Dans la dernière affection sans lésion organique, le seigle ergoté ramène peu à peu à l'état normal les parties malades ; et quand la *blennorrhée prostaturique* est accompagnée de pertes séminales, il est peut-être le meilleur moyen de les arrêter.

Je ne prétends pas discuter, si, chez les sujets des observations rapportées dans votre journal, il existait une *blennorrhée prostaturique*, causée par la masturbation et l'excès des plaisirs vénériens ; j'ai lieu de le croire, et j'en donnerai plus tard la démonstration ; je veux seulement appeler l'attention des médecins sur ces faits, en ce qui concerne l'action thérapeutique du seigle ergoté que l'on regarde, à tort sans doute, comme un *stimulant spécial* de la matrice ; tandis que, contrairement à l'opinion généralement reçue, il devait être envisagé comme un *atonisant électif*, et, comme le dit la doctrine italienne, comme un *hyposthénisant* des organes génitaux chez l'un et chez l'autre sexe. — Il y avait déjà longtemps que j'avais remarqué l'effet du seigle ergoté, principalement contre les érections dans la blennorrhagie, lorsqu'en 1841, chargé de la direction de l'hôpital militaire des Vénériens, rue de Picpus, il me vint à l'idée que les principes de l'école italienne pourraient être fondés, et que l'ergot de seigle ne favorisait l'accouchement, dans les cas de prétendue inertie de l'utérus, qu'en faisant tomber la surexcitation de cet organe, qui alors reprenait la libre plénitude de ses fonctions. Je voulus m'assurer si le seigle ergoté n'aurait pas une action calmante, atonique sur les parties profondes de l'urètre, la prostate, le col de la vessie et les organes spermatiques, et si ma supposition théorique, déduite de l'analogie, serait confirmée ou rejetée par la pratique. Après avoir fait des expérimentations à ce sujet sur plus de cent malades, j'ai pu me convaincre que mes présomptions étaient fondées. Les curieux résultats que j'ai obtenus, je les ai indiqués d'une manière générale dans des post-scriptum à mes lettres écrites du Val-de-Grâce (voyez la *Gazette des hôpitaux*, 1843) ; du reste, mes conjectures, à l'endroit de l'action thérapeutique du seigle ergoté, avaient déjà fait l'objet d'une page de ma 5e lettre publiée à la fin de 1840.

Voici ce que j'ai dit dans ma 5e lettre, p. 242 : « J'appelle » votre attention sur le seigle ergoté qui, dans un jour pro- » chain peut-être, jouera un grand rôle dans le traitement » des urétrites aiguës, surtout en dispensant les médecins » de la nécessité d'user, aussi largement qu'on le fait, de » l'emploi des antiphlogistiques locaux. Il nous a paru » avoir une action hyposthénisante sur les organes géni- » taux. » — Dans les post-scriptum à mes 5e et 6e lettres, voici ce que l'on trouve : « Aux bols de camphre, de nitre » et d'extrait de jusquiame dont nous avons introduit l'u- » sage au Val-de-Grâce, nous avons ajouté du seigle ergoté, » dans la proportion d'un décigramme par chaque bol. — » Nous avons remarqué chez un homme atteint de blen- » norrhagie, avec érections souvent renouvelées, envies très » fréquentes d'uriner et douleurs mordicantes au col de la » vessie, répondant à l'hypogastre, que les bols continués » pendant huit jours ont produit la cessation de ces phéno- » mènes et de l'écoulement urétral. — Dans une blennor- » rhée prostaturique qui avait résisté à une foule de moyens » thérapeutiques, l'usage des bols, de petits lavements » froids, avec addition de 1 à 2 décigrammes de belladone, » précédé de l'application de ventouses sacrifiées au sacrum, » et d'un emplâtre belladoné, ont produit la prompte gué- » rison de cette maladie qui durait depuis six mois. L'écou- » lement qui en était la suite a également disparu. — Dans » les blennorrhagies et les blennorrhées partielles, les bols » de seigle ergoté calment les érections. Il n'est pas toujours » nécessaire d'en administrer de grandes doses pour faire » cesser ou du moins éloigner les érections, diminuer leur » durée et les envies d'uriner. »

Le seigle ergoté pur, donné en pilules, convient mieux qu'administré en infusion et en macération ; l'extrait aqueux agit à peu près de la même manière que la poudre ; mais il faut le donner à des doses assez considérables : on n'a point à craindre l'intoxication. J'ai noté quelques accidents légers, pendant l'usage du seigle ergoté. Je ne mets pas au nombre de ces accidents le ralentissement du pouls, ce qui prouverait que l'ergot n'est pas stimulant comme on le dit, mais qu'il est hyposthénisant. Pendant l'administration du seigle ergoté, j'ai remarqué une douleur de tête dans un point fixe, de légers étourdissements, la vue de bluettes, un trouble passager dans la vision. Je pense que la thérapeutique trouvera dans le seigle ergoté un excellent moyen contre les phénomènes morbides qui, nés de la blennorrhagie, en sont une cause incessante, telles que la douleur, les érections, les envies fréquentes d'uriner, les contractions spasmodiques de l'urètre, du col vésical et de l'excitation de la prostate. Il agit à l'instar des antiphlogistiques, et il leur vient en aide : il ne guérit pas la blennorrhagie, mais il concourt puissamment à sa cure. Il est, suivant nos observations, d'une utilité incontestable dans le traitement des blennorrhées, de celles surtout qui s'accompagnent de pertes séminales. Dans tous les cas, uni à l'acide benzoïque, il agit avec plus d'efficacité. — Les faits qui appuient cette

nouvelle thérapeutique, rapprochés de ceux que possède la science, on les trouvera consignés dans l'histoire de la blennorrhée à laquelle je travaille, et dont la première partie sera prochainement publiée.

Veuillez, mon cher confrère, insérer cette lettre dans votre excellent journal. Je tiens à prendre date, et à déclarer que j'adopte entièrement vos vues sur l'action du seigle ergoté. — Agréez, etc.

Paris, ce 3 juillet 1845. DESRUELLES.

Pellagre. *Lettre de M. le docteur T. Roussel.* — Le docteur Trompeo, dans une lettre publiée dans le dernier numéro des *Annales de Thérapeutique*, combat l'opinion qui attribue la pellagre au *maïs*. Cet honorable médecin pense que l'opinion dont il s'agit a été *réfutée victorieusement* au congrès scientifique de Milan, et qu'elle l'avait été précédemment par les professeurs Allioni, Strambio, Fanzago, Cerri, Moris, par M. Bonnafous et enfin par lui-même, dans un article publié dans l'*Espero* de Gènes. Je ne pourrais examiner ici dans tous leurs détails, l'assertion de l'honorable médecin de Turin et les arguments cités par chacun des auteurs dont il invoque l'autorité; je ferai remarquer seulement que, grâce aux recherches nouvelles du docteur Balardini, grâce surtout aux lumières qui résultent de la connaissance de plusieurs foyers de pellagre endémique dans le midi de la France, et d'une étude plus approfondie de la pellagre des Asturies, il devient aisé de s'assurer que les arguments opposés à la théorie étiologique en question, n'ont eu de force que parce qu'on méconnaissait l'existence de la pellagre dans beaucoup de pays où elle existe, et, d'autre part, parce qu'on attribuait cette maladie au maïs lui-même, tandis qu'en réalité le maïs sain est un aliment salutaire, et que c'est seulement le maïs altéré d'une manière spéciale qui produit le pellagre.

M. Bonafous a puisé ses arguments principaux pour défendre le maïs de toute inculpation, dans les résultats de ses voyages en France. Il a cité particulièrement l'exemple des habitants des Landes, qui font une grande consommation de maïs, et parmi lesquels l'auteur n'a pas observé de pellagreux. M. Trompeo peut s'assurer que les Landes sont un des centres principaux de la pellagre en France. L'exemple de la Bourgogne et de la Franche-Comté aurait pu être choisi avec plus de bonheur. Tout porte à croire, en effet, que, dans ces deux provinces où il se consomme beaucoup de maïs, la pellagre est très rare, ou même n'existe pas du tout. Mais si l'on y regarde de près, on reconnaît que les habitants de ces provinces se distinguent précisément de toutes les populations qui mangent du maïs par de sages pratiques, qui ont pour but de donner au grain de la graminée d'Amérique ce que notre climat lui refuse, une complète dessication et de prévenir toute altération ultérieure. C'est ainsi qu'ils passent toujours au four le produit de la récolte qu'ils veulent conserver pour l'usage alimentaire. On sait que les peuples du Nord, que les épidémies de *convulsion céréale* (ergotisme convulsif) ont décimé tant de fois, font subir au blé la même préparation dont ils ont reconnu les avantages. Lorsque la question de la prophylactique de la pellagre sera plus avancée, peut-être les pratiques des Bourguignons et des Comtois seront-elles généralement adoptées par toutes les populations qui consomment du maïs.

M. Trompeo a cité les exemples du royaume de Naples, de la Sicile, de l'Amérique et de la Chine, où la culture du maïs est très répandue, et où il est, en effet, très probable que la pellagre est extrêmement rare, et n'existe pas à l'état d'endémie; mais ne doit-il pas en être ainsi dans des contrées chaudes, parfaitement adaptées à la culture du maïs, et où la santé, la maturation, la dessication du grain sont assurées? C'est ainsi que nous voyons l'ergotisme très rare dans les provinces où le seigle est peu sujet à l'*ergot*, tandis que dans d'autres pays, tels que la Sologne, on a vu l'ergot se développer dans de grandes proportions, et l'*ergotisme*, qui en est la conséquence, s'établir presque en permanence. M. Trompeo pense que la pellagre est due à un concours de circonstances, l'insolation, la malpropreté, les aliments viciés, les conditions topographiques, telluriques, atmosphériques, la misère, les souffrances, les passions! Mais comment des *conditions topographiques, telluriques, atmosphériques*, comment la *misère*, les *passions*, la *malpropreté*, l'*insolation*, n'auraient elles commencé, toutes à la fois, à engendrer la pellagre qu'au 18e siècle, puisque M. Trompeo admet que la maladie ne date que de cette époque? Comment se fait-il que ces causes d'insalubrité, qui ont toujours pesé sur les masses, aient produit l'effet qu'on leur attribue ici, précisément au moment où le maïs produisait, de son côté, une révolution dans l'alimentation de certains pays, que cet effet n'ait été produit d'une manière bien certaine que dans des pays à maïs?

D'un autre côté, comment des causes aussi diverses arriveraient-elles partout à produire un résultat identique, tandis que ces causes n'agissent pas de la même façon sur le paysan du nord de l'Italie et de l'Espagne et sur celui du midi de la France; et pourtant dans tous ces pays, la pellagre est identique. Il est un point plus important encore dans la lettre de M. Trompeo, et sur lequel je tiendrai surtout à voir l'opinion d'un médecin aussi distingué se modifier désormais, je parle des *prétendus dangers* que l'opinion dont il s'agit ferait courir à l'*agriculture italienne qu'elle tendrait à priver de la céréale la plus féconde et la plus utile*. Que M. Trompeo se rassure : l'opinion qu'il repousse encore, loin d'être dangereuse pour la culture du maïs, tend au contraire, à lui imprimer des améliorations. Il ne s'agit pas, en effet, de supprimer le maïs; il s'agit d'en faire un aliment salutaire. Or, ce but peut être atteint par les efforts réunis de la science et des autorités publiques.

Agréez, etc. THÉOPHILE ROUSSEL.

FAITS CRITIQUES.

Devoirs de critique de la presse médicale.—Dans les sciences, la critique est un élément de progrès que personne ne saurait contester; elle est un des devoirs les plus importants de la presse. Pour les journaux de médecine surtout, le devoir de la critique est impérieux, sublime, puisque leur mission est non seulement de faire connaître les faits nouveaux d'application utile à la science, à la conservation de l'homme, mais encore de signaler les fausses pratiques, les erreurs, les abus, dont l'adoption pourrait avoir de fâcheuses conséquences, soit pour la science, soit pour l'art, soit pour l'exercice de la profession. Bien comprise, une pareille mission constitue, sans contredit, une véritable puissance, et l'on peut dire que c'est là l'un des plus grands avantages du journalisme. Mais c'est dans son accomplissement que les plus grandes difficultés se présentent. Malheureusement, quelques feuilles médicales qui veulent exercer un pareil devoir prennent pour type la critique des journaux politiques, où l'esprit de parti, l'ambition des places, la passion de la domination règnent en dictateurs sur les tendances des écrivains. Il en résulte un égarement tellement étrange, inusité, fâcheux, qu'une grande déconsidération pèse sur le caractère actuel des journaux de médecine. C'est qu'au lieu d'être purement scientifique, éle-

vée, délicate et instructive, la critique devient personnelle, grossière, injurieuse, sans portée réellement utile. Un pareil système ne peut que nuire aux hommes, à la science, à l'art, et jeter le journalisme dans un discredit déplorable. Ces réflexions se présentent naturellement à l'occasion d'un article qu'un journal publie aujourd'hui, 8 juillet (1), contre l'un des professeurs de la Faculté, M. Gerdy. Cet article est écrit en termes si grossiers, si âcres, si personnellement injurieux; il est si injuste, si complétement erroné au fond, qu'il ne peut, selon nous, que porter atteinte au caractère de véracité de la presse médicale. Le lecteur impartial, qui vit loin du foyer des rancunes occultes, se trouve naturellement en présence d'un homme qui est parvenu aux places les plus éminentes par la seule force de son talent, de son savoir et d'une haute probité incontestée; et d'un écrivain dont il doit naturellement peser le savoir, comme anatomiste, comme chirurgien, comme médecin, et la moralité. Nous ne devons pas aller plus loin, la critique étant exercée par nous-même avec quelque vivacité peut-être; il nous a semblé cependant qu'il était du devoir de la presse de relever les écarts du journalisme dans l'intérêt de tous; et nous profiterons, à notre tour, des critiques honnêtes qu'on pourra exercer sur les pages tracées par notre plume.

M. Bouillaud et Rasori. *La capacité morbide.* — Dans ses deux leçons des 26 et 28 juin, M. le professeur Bouillaud s'est livré à une critique tellement acerbe contre Rasori et les médecins italiens, que nous manquerions à notre devoir, à notre conscience, aux intérêts de la science, si nous omettions de la relever. Nous n'imiterons pas sa vivacité dans cette réplique; nous essaierons d'être grave, impartial, clair et péremptoire; et pour faire tourner cette discussion au profit de la science, nous nous abstiendrons de tout ce qui pourrait l'envenimer; nous nous efforcerons même d'élaguer, autant que possible, les expressions peu parlementaires dont M. Bouillaud s'est servi contre un des hommes éminents, dont les travaux honorent la science du dix-neuvième siècle. Rasori n'était pas seulement un grand observateur, un clinicien transcendant, il était aussi un grand littérateur, et à ce double titre, il est une des gloires de l'Italie; ses découvertes ont rendu son nom vénérable; ses ressources étaient si grandes, si inattendues au lit du malade, que bien des Rodomonts qui ont suivi sa clinique ont senti leur moustache s'affaisser devant lui. Les batailles ne sont pas de notre goût; nous aimons la discussion calme, bienveillante et instructive dans l'intérêt de la science, et l'on ne nous verra jamais convertir la déesse adorable de notre temple en une Rose-Pompon ou en une reine Bacchanale!!

Voici à quelle occasion M. Bouillaud s'est livré à cette discussion. Il venait d'exposer quelques idées générales sur l'état du sang dans les maladies inflammatoires, et il soutenait que l'étude du caillot n'avait pas été faite avant lui; qu'en conséquence cette étude lui appartenait, bien que des auteurs récents aient reproduit sans le citer plusieurs choses qui n'avaient été observées pour la première fois que par lui. Comme M. Bouillaud nous a fait souvent l'honneur de nous interpeller sur différentes questions, nous nous sommes permis à ce sujet de lui rappeler que l'étude du caillot dans les maladies inflammatoires avait été faite depuis longtemps; qu'indépendamment des travaux de Hunter, on pouvait citer les recherches expérimentales de Rasori, consignées dans dix chapitres de son ouvrage sur l'inflammation (Théorie de la phlogose), traduit en français par M. Pirondi en 1839; que dans ces dix chapitres le caillot se trouvait si bien étudié, que l'auteur était parvenu à donner les lois de sa formation dans toutes ses variétés; et enfin que M. Giacomini avait, dans le cinquième volume, non encore traduit, de son Traité de thérapeutique, consacré plus de 300 pages à l'étude du sang dans les maladies. Nous avons dû prouver notre assertion, et à la prochaine séance nous avons soumis à M. Bouillaud les deux ouvrages ci-dessus. Tout cela, nous le répétons, sans la moindre prétention, toute idée de nationalité en matière de sciences étant plus que ridicule à nos yeux. Nous avons, dans l'intérêt de la vérité, soumis ces ouvrages à M. Bouillaud, tout comme nous opposons à d'autres, et à nos propres compatriotes, ses belles observations cliniques quand il s'agit de soutenir ce que nous croyons être la vérité. Que nous importe, à nous, qu'un savant soit turc, hébreux, chinois ou kabyle, pourvu qu'il ajoute quelque chose à nos connaissances, ou qu'il nous dépouille de quelques-unes de nos erreurs?

Quelques jours après, M. Bouillaud est revenu avec les deux livres à la main à l'amphithéâtre, et au lieu de prouver que nous nous étions trompé dans nos assertions sur l'étude du caillot, il a gardé le silence (ce qui nous fait présumer que nous avions raison), il a consacré deux leçons solennelles à l'appréciation de la médecine italienne, en prenant pour texte quelques notes sans importance que Rasori avait jetées comme par hasard dans un appendice à la fin de son livre. M. Bouillaud a ouvert sa critique sur le livre de Giacomini d'abord. Selon lui, cet auteur est peu de chose; il n'a fait qu'analyser les travaux préexistants sur le sang; il n'apprend rien de neuf. Au reste, ce qui prouve, aux yeux de M. Bouillaud, l'état déplorable et arriéré où se trouve la médecine italienne, c'est que M. Giacomini n'a pas dit un seul mot de la formule des saignées coup sur coup; enfin, c'est que le professeur de Padoue a placé dans une conclusion générale de son livre un mur d'airain entre les phénomènes dynamiques et les forces physico-chimiques; or, pour M. Bouillaud, c'est là une erreur fondamentale, puisque lui, il n'admet presque autre chose dans le corps que de la physique et de la chimie de laboratoire.

Vient le tour de Rasori. Ici notre plume se refuse à reproduire en entier le tableau que M. Bouillaud a tracé sur le mérite de ce grand médecin, et par suite, de la médecine italienne. Il l'a représenté comme une sorte d'écolier, d'ignorant, n'ayant jamais vu de malades ni rien compris aux maladies, aux médicaments, n'ayant ni logique ni sens commun; il s'étonne que Rasori n'ait pas parlé de la percussion, ni de l'auscultation, ni même de la formule des saignées coup sur coup! Les mots *capacité morbide* et *diathèse asthénique* que M. Bouillaud a rencontrés pour la première fois lui ont servi de texte récréatif; mots ridicules, absurdes, vides de sens à ses yeux. Il ne sait s'il doit s'étonner plus de l'audace de Rasori et des autres médecins italiens qui administrent des remèdes toxiques, comme l'opium, à doses élevées, ou de leur ignorance à diagnostiquer les maladies, à saisir les indications curatives. Enfin, M. Bouillaud n'a trouvé d'autre formule pour caractériser l'école italienne que celle-ci : *verba et voces, prœtereaque nihil*! et son indignation s'est élevée au point de dire *qu'on ferait bien de brûler tous les livres de médecine italiens*! (Il est probable que M. Bouillaud voudra bien sauver de cet effrayant incendie ses propres ouvrages que ces *ignorants* d'Italiens ont traduits, et citent avec les honneurs dus à un auteur éminent.)

Nous avouons que les bras nous tombèrent à la vue de ce spectacle; nous nous sommes cru un instant transporté en

(1) Gazette des Hôpitaux.

plein seixième siècle, et notre *ignorante* mémoire nous a rappelé les scènes vandales qui se passaient à cette époque dans l'amphithéâtre de l'Université de Bâle. — «Gravement assis dans sa chaire, Paracelse fit brûler les œuvres de Galien et d'Avicenne à sa première leçon. « Sachez, dit-il, « médecins, que mon bonnet est plus savant que vous ; ma « barbe a plus d'expérience que vos académies : Grecs, La- « tins, Français, Italiens, je serai votre roi ! » (Biographies médicales, édit. de l'Encyclop. des sc. méd.) Heureusement, et c'est ce qui nous a bientôt consolé, M. Bouillaud a traité sur le même pied et Pinel et Broussais : dès lors, Rasori et Giacomini se sont trouvés en bonne compagnie, et si, par bonheur, M. Bouillaud n'eût pas avoué lui-même qu'il ne lit d'autre livre que celui de la nature, nous lui aurions vu probablement passer au fil de l'épée les Tommassini et les Morgagni, les Buffalini et les Puccinotti, les Cotugno et les Testa, les Fanzago et les Monteggia, les Brera et les Baglivi, les Ramazzini et les Sarcone, les Mascagni et les Scarpa, les Guattani et les Borda, les Mendini et les Speranza, les Panizza et les Riberi, etc., etc.

Faisons d'abord remarquer que la critique de M. Bouillaud n'a pas été inspirée par ces deux circonstances : par l'absence de sa formule dans les livres de Rasori et Giacomini, et par la présence dans ces livres de faits relatifs à l'étude du sang, lesquels lui enlèvent malheureusement peut-être des droits de priorité qu'il croyait avoir. Or, notez bien, le livre de Rasori, imprimé dans la vieillesse de l'auteur (1835), représente des faits enseignés et écrits par lui vers la fin du dix-huitième siècle. En conséquence, il ne pouvait parler de la formule de M. Bouillaud, ni de l'auscultation. Pour ce qui est de M. Giacomini, il aurait pu sans doute parler de cette formule, puisqu'il cite avec éloge les ouvrages de M. Bouillaud ; mais il est présumable qu'elle ne l'a pas frappé bien vivement, car M. Giacomini aime, avec une sincérité digne d'être imitée, à rendre justice et à honorer tous ceux qui ont fait quelque chose pour la science. On connaît peu en France, malheureusement, la formule de M. Bouillaud ; on la connaît mal à Paris, ou du moins, les praticiens des hôpitaux ne la goûtent guère, et plusieurs de nos lecteurs de Paris nous ont reproché d'y attacher nous même tant d'importance. Nous parlons consciencieusement et d'après nos propres convictions ; nous n'avons rien à rétracter de l'opinion avantageuse que nous avons exprimée à cet égard, et nous nous plaisons à répéter ici que, si nous étions nous-même frappé d'une fluxion de poitrine, nous ne voudrions être autrement traité que par les saignées coup sur coup, ce qui ne nous empêcherait pas, bien entendu, de prescrire autre chose au besoin, ainsi que nous le faisons chez les autres. Nous pensons, au reste, comme M. Giacomini, qu'il existe un mur d'airain entre les lois de la dynamique vivante et les lois de la physique et de la chimie brutes ; nous reprendrons cette question.

A la fin de son ouvrage, Rasori a jeté un certain nombre d'observations, étrangères au sujet de son livre, ayant pour but de ridiculiser, de stygmatiser des médecins peu au courant de ses idées et qui abusaient étrangement de la méthode antiphlogistique. Ces observations ne sont en réalité que de simples notes rédigées de mémoire, sur des faits de sa pratique, de 30 ou 40 ans auparavant, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre en lisant attentivement au tome 2, les pages 60, 61, 255, 256, 257, 262, 279, 297, 303, 316, 356. Rasori voulait démontrer par ces notes ce fait important : que l'abus prolongé de la méthode antiphlogistique peut entraîner des désordes graves, mal caractérisés dans la pratique, et qu'il avait pu combattre heureusement ces désordres à l'aide d'une médication stimulante, en particulier de bons aliments, du vin et de l'opium à haute dose, pour lequel ces sortes de malades présentent une grande tolérance. Sans doute que Rasori aurait pu se contenter de ce simple énoncé général en quelques lignes ; il a cru cependant en faire relever mieux l'importance et donner plus d'authenticité à la chose, en citant quelques unes des circonstances des faits ; le but n'en est que mieux atteint. C'est justement là dessus que M. Bouillaud s'est attaché pour juger le mérite de Rasori et de l'école italienne ; il aurait voulu y trouver l'auscultation, la percussion, une description très détaillée de chaque symptôme, un diagnostic scholastiquement circonscrit, localisé. Rasori vous aurait répondu : *non erat hic locus*, et il vous aurait renvoyé à ses Bulletins cliniques. Au reste, M. Bouillaud s'est trompé complétement dans ses appréciations ; il confond presque l'anémie, maladie très rare, avec la chlorose proprement dite, affection fréquente, de nature opposée à la précédente ; et quant à l'action de l'opium, sa critique ne prouve qu'une seule chose, c'est que les travaux spéciaux de l'école italienne sur les médicaments ne sont pas arrivés jusqu'à lui.

Le mot *capacité morbide*, qui a tant exercé la verve de M. Bouillaud, exprime dans la médecine italienne, un fait clinique d'une grande importance. En chimie, on dit qu'un corps a un tel degré d'affinité pour tel autre, et ce degré est appelé *capacité* d'affinité ou de saturation ; cette capacité est très variable en raison de l'affinité, elle est nulle pour certains corps. Chez l'homme bien portant, l'organisme mis en rapport avec un médicament quelconque (un grain de tartre stibié, par exemple,) manifeste tous les signes de l'intolérance ; il survient en effet un trouble général, du malaise, des vomissements, du dévoiement, des sueurs froides, prostration, etc. Cette intolérance se traduit par le mot *absence de capacité*. Supposez maintenant une pneumonie : le même remède est toléré sans accidents, à des doses élevées et qui seraient toxiques chez l'homme sain. La condition de tolérance est donc constituée par la maladie elle-même qui change la manière de sentir des organes, et cette tolérance constitue la *capacité morbide*. On comprend que la capacité morbide diminue par degrés et s'efface complétement avec la marche de la maladie vers la guérison, et augmente dans le cas contraire. Chez ce même individu qui offre une si grande capacité morbide pour les remèdes hyposthénisants, il y a intolérance complète, absence de capacité pour les remèdes stimulants. — Supposons à présent un homme extrêmement affaibli par un traitement antiphlogistique outré, par l'abus prolongé d'un composé métallique quelconque ; sa capacité morbide pour le tartre stibié ou pour tout autre remède hyposthénisant est nulle ; en effet les plus faibles doses l'abattent, le tuent,

tandis qu'il offre de grandes conditions de tolérance pour les excitants. Le vin, la cannelle, l'opium sont pris à haute dose dans ce cas, ne surexcitent pas, ne congestionnent pas, par la raison que leur action s'épuise sur la condition pathologique, sur la capacité morbide : tel était le cas des malades dont Rasori a parlé à la fin de son livre. Lorsque le mal n'est pas localisable, comme, par exemple, un empoisonnement lent par l'arsenic à faible dose, par le sublimé, par l'iode, par la ciguë, ainsi que nous en avons vu, la percussion, l'auscultation n'apprennent rien ; il y a trouble général, faiblesse, diminution du rhythme de toutes les fonctions. Nous disons, nous, il y a *diathèse asthénique*; cela exprime à la fois un état maladif constitutionnel inlocalisable, et une indication thérapeuthique précise. Serait-il donc plus exact de dire, avec M. Bouillaud, *chloro-anémie?* mais, outre que cette caractérisation n'est qu'une hypothèse, le mot chloro-anémie est un véritable contre sens, ainsi que nous le démontrerons. Connaître chez un malade la capacité morbide, c'est mesurer mathématiquement l'étendue de la maladie et la quantité du remède qu'on peut administrer avec sûreté, à chaque pas de sa marche, à chaque heure du jour. Cette détermination clinique, qui a depuis Rasori occupé deux générations de médecins éminents, qui a réclamé des expériences sans nombre, est arrivée à ce point d'exactitude qu'elle présente aujourd'hui des données aussi précises, aussi certaines que l'auscultation et la percussion. Cette question est immense, elle embrasse la thérapeutique entière; nous n'avons fait que l'effleurer pour le moment. Que M. Bouillaud, qui dédaigne jusqu'aux éléments de ces questions nouvelles, mette tout cela en dérision, c'est un malheur pour la science; mais il ne nous verra jamais traiter avec la même légereté *son bruit de diable ou son chant des arteres* !

Terminons cet article, déjà trop long, par les paroles suivantes que Rasori aurait pu, s'il vivait encore, emprunter à un auteur, auquel M. Bouillaud ne refusera certainement pas le plus haut mérite : « Il est un temps pour la po-« lémique, et il en est un autre où le silence doit lui succé-« céder. Ce dernier temps est venu lorsque, à la place d'une « discussion sincère et consciencieuse des choses, on ne « trouve plus, dans certains adversaires, que des insinua-« tions injurieuses, des personnalités offensantes, ou ce « genre d'argumentation sur lequel la plume de Pascal a « imprimé le trait d'une indélébile flétrissure » (Bouillaud, Traité clinique des maladies du cœur, t. 1, page xx, 2e édit.). Cruelles paroles que nous ne voudrions jamais, pour notre compte, retourner contre un homme loyal comme M. Bouillaud, qui a rendu et qui rend journellement de si grands services à la science et à l'art.

Les diplômes de l'Université de Giessen (Prusse). — On se rappelle qu'il y a quelque temps nous avions signalé, d'après deux journaux anglais, le *Medical Times* et le *Galignani's journal*, une sorte de trafic odieux qui avait été organisé à Londres sur le titre de docteur en médecine de l'Université de Giessen. Par suite de notre article, la Société des médecins anglais à Paris a publié une protestation énergique contre un pareil trafic. Nous recevons aujourd'hui une réclamation de l'honorable doyen de la Faculté de Giessen ; nous nous faisons un devoir de l'insérer intégralement, en y conservant sa contexture étrangère. Le lecteur y verra avec un peu d'attention que l'abus que nous avions signalé avait réellement existé.

A Monsieur le rédacteur des Annales de thérapeutique médicale et chirurgicale, à Paris.

« Monsieur,

« Vous avez, dans vos Annales, au mois d'avril de l'année courante, n° 1, pag. 40, par rapport à une annonce, publiée dans les feuilles par un nommé Bond, et dans la supposition d'une connexion de cet individu et de son annonce indigne avec notre collége, prononcé relativement aux diplômes de docteur en médecine à obtenir par notre Université, un jugement que nous devons, comme fondé sur une supposition erronée, déclarer non justifié.

« *Nous avons pris des mesures pour obvier, à l'avenir, à tout abus* qu'on pourrait se permettre des réponses aux demandes adressées à nous, et au renouvellement de machinations qui seules ont pu faire présumer dans les démarches du sieur Bond le résultat de la manière d'agir de notre corps. D'ailleurs, il est juste que ceux qui se croyent compétents de signaler, dans l'intérêt de la science, des procédés indignes d'elles, se donnent, avant de prononcer un jugement, la peine de vérifier les faits propres à le motiver. C'est pour cela que nous croyons pouvoir attendre de votre impartialité l'insertion de cette déclaration dans un des numéros prochains de votre estimable journal.

« La Faculté de médecine de l'Université de Giessen.

« Dr. Balser, *doyen*.

« Giessen, le 15 juin 1845. »

Commission médicale des hôpitaux. — L'un des besoins les plus urgents dont se ressent depuis longtemps le service des hôpitaux de Paris, et que la commission devrait signaler énergiquement cette année à l'Administration centrale, c'est la possibilité d'envoyer tous les ans un certain nombre de malades à des sources d'eaux minérales. Les propriétaires des établissements thermaux, avec lesquels nos études hydrologiques ont dû nous mettre en relation, nous ont tous assurés qu'ils se feraient un véritable plaisir de recevoir gratis les malades que l'administration de Paris leur enverrait. La dépense du voyage n'est pas énorme, elle serait amplement compensée par le bienfait qu'en recevrait une foule de malheureux qui languissent éternellement dans les hôpitaux, avec des ankyloses phlogistiques, des ostéites, des nécroses, des ulcères interminables, et auxquels ils finissent souvent par succomber, ou dont ils conservent des restes indélébiles qui les privent de la possibilité de travailler. Un grand nombre de ces infortunés qui guériraient très bien aux eaux minérales, sortent de nos hôpitaux sans pouvoir être guéris, après avoir coûté beaucoup à l'administration et de soins aux hommes de l'art, pour rentrer plus tard dans un hospice d'incurables ou d'invalides, ou bien encore sont opérés en désespoir de cause, sans succès le plus souvent, et, après tant de dépenses et de peines, ils finissent soit à l'amphithéâtre anatomique, soit dans un asile d'infirmes! Que de scrofuleux, de rachitiques, de dermatosiques ne sont engloutis ou ne s'étiolent dans un séjour interminable à l'hôpital Saint-Louis, qui éprouveraient d'heureuses améliorations, ou qui guériraient même promptement à différentes sources thermales dont est si riche le sol du royaume! Plusieurs chefs du service des hôpitaux, avec lesquels nous nous trouvons tous les jours en rapport, nous ont fréquemment exprimé le vœu que nous venons d'émettre, et sur lequel nous appelons sérieusement l'attention de la Commission médicale des hôpitaux; en particulier de son rapporteur annuel M. Malgaigne. Cette question des eaux minérales est beaucoup plus importante qu'on ne croit, pour la chirurgie comme pour la médecine des hôpitaux. Jusqu'ici le riche seul a joui de ce bienfait inapréciable, et pourtant la nature ouvre son sein également pour le pauvre!

PARIS. — IMPRIMERIE DE LACOUR ET COMP.,
Rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, 33.

Troisième Année. Ce Journal paraît le Ier de chaque mois. N° 6.—Septembre 1845.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

ET

DE TOXICOLOGIE.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.

» Alibert. »

Eaux chalibées ou ferrugineuses, froides.

Des sources d'eau minérale de Passy, près Paris.

Dans l'enceinte même de Paris, sur la rive droite de la Seine, à quelques pas de la barrière dite du quai de Passy, jaillit, au milieu d'un magnifique jardin, une source, ou plutôt un ensemble de sources d'un très grand intérêt, appartenant à M. Delessert, savant d'un ordre élevé, d'un caractère libéral, généreux, ainsi qu'il convient aux ministres de la science. C'est déjà faire pressentir que ce que nous allons dire sur ces sources est le résultats de nos études et à l'abri de tout soupçon de complaisance; nous n'avons l'honneur de connaître que de réputation le propriétaire de cet établissement. Un opuscule a paru dernièrement sur ces sources, il est dû à M. le docteur Chenu, médecin-inspecteur, annoté par MM. les docteurs Isid. Bourdon et Lachaise. Nous profiterons de quelques documents contenus dans ce travail, mais comme nous avons assez longuement expérimenté ces eaux, soit sur nous-mêmes, soit sur des malades, aux sources mêmes et à domicile, nous pouvons donner une description complète d'après nos propres observations.

Les sources de Passy sont au nombre de six, dont une est abandonnée. Des cinq en vigueur, deux sont dites *anciennes*, parce qu'elles ont été découvertes les premières vers 1650; les trois autres sont nommées *modernes*, parce qu'elles n'ont été constatées que plus d'un demi siècle plus tard (1779). On attribue la découverte de ces dernières à l'abbé Le Ragois. Les deux dernières sont très rapprochées l'une de l'autre, mais elles se trouvent à une centaine de pas des trois autres. Celles-ci sont également très voisines entre elles; de sorte que les cinq sources forment deux groupes très distincts et isolés. Elles sont toutes, au reste, de même espèce, salino-chalybées, froides. Leur point d'émersion est à quelques mètres au-dessous du niveau du sol; aussi, doit-on descendre dans une sorte de caveau sous terre, pour puiser leur eau. Les cinq points d'écoulement se trouvent à peu près sur une même ligne droite, parallèle au cours de la Seine, et à 300 pas environ du bord de celle-ci. La quantité totale des cinq sources n'a point été jaugée à ce que nous sachions, mais on peut approximativement l'évaluer à un jet de six à neuf centimètres (deux à trois pouces) de diamètres, ce qui suffirait déjà pour alimenter un certain nombre de bains par jour, en la mêlant avec deux parties d'eau chaude commune, par la raison que son degré de minéralisation à la source est considérable. Jusqu'à présent, cependant, on ne s'en sert qu'en boisson, soit pure et au sortir de la source, soit épurée, c'est-à-dire affaiblie par le séjour de quelques semaines dans des jarres, où elles se débarrasse d'une partie de son fer qui se précipite par l'action de l'air. Nous pensons que cette dernière manière d'employer l'eau de Passy, est défectueuse, par la raison que le liquide perd une trop grande quantité de son principe actif. Mieux vaut, selon nous, boire l'eau pure à dose proportionnée au degré de tolérance, la coupant au besoin avec de l'eau commune. On n'emploie généralement que de l'eau des sources nouvelles; nous avons cependant trouvé celle des sources anciennes plus énergique, un seul verre de cette eau ayant, chez plusieurs individus, suffi pour produire des purgations et des effets généraux très marqués, ainsi que nous le verrons. Nous regardons les eaux de Passy comme une mine précieuse de santé, véritable trésor sanitaire pour le

pauvre comme pour le riche, et que les médecins n'apprécient malheureusement pas assez par cela même, sans doute, qu'elle existe à notre porte, qu'elle est livrée à tout le monde avec une grande libéralité et à un prix fort modique. Entrons dans quelques détails.

§ 1. ÉTUDES CHIMIQUES.—*Analyse par M. O. Henry.*— « Les eaux ferrugineuses de Passy, connues depuis un grand nombre d'années, ont été l'objet de recherches de plusieurs chimistes parmi lesquels nous citerons principalement MM. Le Vieillard, Deyeux et Planche. Les analyses faites de ces eaux avant ou après leur épuration, sont consignées dans les journaux scientifiques et démontrent évidemment leur nature ferrugineuse. En 1827, j'eus aussi l'occasion de faire sur elles quelques observations au sujet des altérations qu'elles présentent quelquefois ; altérations dues à la décomposition du sulfate de chaux par la matière glaireuse organique de ces eaux et donnant lieu à de l'hydrosulfate de fer (Voyez *Journal de pharmacie*, tom. 15). Depuis l'époque reculée de l'analyse de ces eaux, il pouvait s'être opéré dans leur composition quelques changements notables ; aussi, madame Gautier, sœur de M. le baron Delessert et propriétaire de ces sources minérales, désirant s'assurer de nouveau de leur constitution chimique, voulut bien me confier le soin d'en faire une nouvelle analyse; c'est pour répondre à ses vœux que j'ai entrepris le travail suivant. L'eau sur laquelle j'ai agi fut puisée par moi-même aux sources et renfermée immédiatement dans des flacons bouchés à l'émeri, très exactement remplis. On m'a remis en plus des cruchons ou bouteilles de grès contenant de l'eau épurée, ou qui s'y est épurée pendant plusieurs mois.

Marche de l'analyse.—« Avant d'indiquer les résultats obtenus dans l'analyse de l'eau de chaque source, voici à peu près les principaux moyens que j'ai cru devoir mettre en usage pour apprécier à la fois et la nature et la proportion des principes contenus dans chacune d'elles. J'ai d'abord examiné à la source la température (1), l'aspect de l'eau, la saveur et l'odeur, etc. L'eau a été ensuite soumise aux essais préliminaires qui suivent : 1° L'ébullition ; 2° L'action sur la dissolution de savon; 3° L'exposition à l'air; 4° L'action des réactifs. (Suit un tableau des manipulations et des réactions obtenues et que nous supprimons). J'ai examiné à part combien l'eau puisée *limpide à la source* donnait de fer tant en dissolution qu'à l'état de précipité ocracé formé au fond des bouteilles, même à l'abri de l'air extérieur, et également ce qu'elle en fournit après avoir été dépurée (2). Ces essais m'ont conduit à reconnaître, comme on le savait déjà, que, par l'action de l'air, les eaux de Passy se dépouillent de plus en plus du fer qui s'y trouve primitivement en dissolution à l'état de protoxyde, pour le laisser précipiter sous forme pulvérulente rougeâtre combiné en sous-tritosulfate. Aussi je pense, et cette opinion avait déjà été émise, que les eaux ferrugineuses dépurées doivent être très variables dans la proportion du principe ferrugineux, suivant le temps plus ou moins long de leur puisement et de leur exposition à l'air dans les fontaines de grès, et que, sous cet état, leurs propriétés médicales sont nécessairement incertaines. C'est cette raison qui nous avait engagé à recommander spécialement l'usage des eaux à leur source, en les coupant, soit avec de l'eau ordinaire, soit avec d'autres liquides appropriés, suivant l'indication du médecin, et de manière à diminuer de moitié, d'un tiers ou d'un quart, etc., la quantité de fer qu'elles contiennent.

Sources nouvelles.—A. *Analyse de l'eau de la source n° 1, située à l'entrée du caveau, au bas de l'escalier.* —« Cette source dont l'eau coule dans un bassin placé au bas de l'entrée du caveau que l'on voit à mi-côte de l'établissement de madame Gautier, est irisée à sa surface et présente au fond du réceptacle un dépôt ocracé ainsi que sur les parois du conduit d'écoulement. La *saveur* de cette eau est légèrement amère, ferrugineuse à la source ; mais après être restée quelque temps dans un flacon rempli et bien bouché, elle ne possède plus qu'à peine cette propriété, s'il s'y était d'ailleurs fait promptement un dépôt ocracé peu abondant, comme incrusté ou très adhérent au verre et formé de sous-tritosulfate. (*Ce dépôt n'a eu lieu que par l'introduction de l'air dans le bocal lors du puisement*). Aussi, 1° la lame de cuivre, 2° la teinture de noix de galle, 3° le muriate d'or, 4° le vin blanc, 5° l'hydrosulfate de soude, 6° les ferrocyanures jaune et rouge de potassium n'y indiquèrent-ils presque aucun indice de fer proto et peroxydé (à la source les effets sont sensibles). Par l'évaporation, cette eau acquiert une acidité de plus en plus marquée ; elle laisse déposer des cristaux blancs, aiguillés, soyeux de sulfate calcaire, n'ayant qu'une teinte ocracée peu distincte. Le savon ne s'y dissout point. L'analyse fut faite sur 1000 grammes de cette eau puisée à la source avec soin, comme il vient d'être dit, et renfermée dans un bocal bouché à l'émeri tout à fait plein. J'ai obtenu:

Substances gazeuses.

Azote.	Quantité indéterminée.

Substances fixes.

Sulfate de chaux.	grammes. .	1,5360
— de soude.		0,2000
— de magnésie		0,2800
— de protoxyde. . }	de fer (1) représenté par	
— de peroxyde . . }	peroxyde de fer. .	0,0456
Sous-sulfate de peroxyde }	ce qui donne fer métal.	0,3161
Pas de manganèse sensible.		0,0000
Sulfate acide d'alumine.		0,1100
Chlorure de sodium.		0,2600
— de magnésium		0,0800
Matière pseudo-organique non appréciée. . . .		0,0000
		2,5116

(1) Lorsque je fis le puisement, la température de l'air était à 4 D., et celle de l'eau des sources fut pour les nouvelles de 7|2 à 8 D., et pour les anciennes de 9 D. 1|2. Je pense qu'habituellement elle doit être de dix à douze dégrés.

(2) Lorsque je puisai les quatre espèces d'eau dont l'analyse suit, elles furent introduites promptement dans des flacons très propres, bouchés à l'émeri. Les vases, quoique très exactement remplis, présentèrent en peu de temps des dépôts ocracés de *sous-tritosulfate* dus à l'action de l'air sur le sel de fer protoxydé dissous primitivement ; air dont on n'avait pu éviter l'introduction dans les bouteilles lors du puisement.

(1) Bien convaincu de la présence du proto et du persulfate dans l'eau par les réactifs, je n'ai point cherché à

«Dans cette analyse, j'ai compris, comme faisant partie de l'eau, le fer déposé à l'état de sous-tritosulfate dans les flacons, presque le lendemain du puisement, bien que l'eau fût d'abord très limpide. Ce fer, en effet, étant primitivement dissous, doit être compté aussi dans les produits; car, à la source, il entrait dans la composition de l'eau *fort claire*, et aurait été bu avec elle par les malades. L'eau dépurée par son exposition dans des bouteilles de grès pendant plusieurs mois et bouchées en liége n'a donné presque aucun indice de fer; aussi je la regarde comme ayant perdu ses propriétés ferrugineuses. Cette dépuration est donc, comme on le voit, très désavantageuse; de plus, comme l'expédition qui se fait de ces eaux a lieu dans des bouteilles ou mal bouchées ou bouchées en liége, cette dernière substance contribue à les priver de leur principe ferrugineux, et à les rendre alors plutôt nuisibles qu'avantageuses à la santé.

B. *Analyse de l'eau de la source n° 3* (1), *au fond du caveau.*— « Cette eau, qui est très limpide à son arrivée dans le bassin, s'y couvre assez promptement de taches ou couches irisées, rougeâtres (il s'y fait, ainsi que dans le conduit d'écoulement, un abondant précipité rougeâtre); son odeur est nulle, sa saveur acide, prononcée et très atramentaire. Exposée à l'air, il s'y dépose une poudre ocracée de sous-tritosulfate de fer. Par la concentration, elle laisse déposer un sel blanc soyeux qui, à l'air, devient rougeâtre. Le muriate d'or est promptement réduit à l'état métallique; celui de platine y dénote à peine la présence de la potasse. La noix de galle, l'hydrosulfate de soude y dénotent aussi la présence de beaucoup de fer, et les ferrocyanures jaune et rouge, celle du fer peroxydé et surtout protoxidé en dissolution. Le vin blanc prend une teinte tirant au gris. On n'a reconnu dans cette eau ni dans la précédente aucune trace de cuivre ou de manganèse à l'état salin. L'analyse faite sur l'eau puisée très limpide et introduite dans un flacon bouché à l'émeri, exactement plein, comprend, comme pour le n° 1, le dépôt ocracé de sous-sulfate ferrique qui s'était formé au bout de peu de temps par les causes annoncées précédemment.

Résultat de l'analyse sur 1000 grammes d'eau.

Gaz. Azote. . . . . Quantité indéterminée.

Substances fixes.

Sulfate de chaux.	grammes. . .	2,774
— de soude . . . . , ...		0,340
— de magnésie.		0,300
Persulfate de fer (ce sel domine) . . . . . Sous-persulfate de fer.	représenté par peroxyde de fer, ce qui donne fer métallique (2). .	0,412
Sulfate acide d'alumine.		0,248
Alun, une petite quantité (1).		»
Chlorure de sodium.		0,060
— de magnésium.		0,226
Matière pseudo-organique indéterminée		0,000
		4,360

Eaux anciennes.—*Source n° 1, à gauche de l'escalier.*— «Cette source donne une eau qui coule dans une espèce de puits placé au dessous de la chaussée du chemin, et à gauche de l'escalier qui conduit au caveau. L'eau est limpide, sans odeur, offrant un dépôt rougeâtre au fond du réceptacle; la saveur en est sensiblement ferrugineuse, un peu amère A la source, le fer est très sensible par les réactifs. Puisée avec soin dans un flacon bien bouché et très exactement rempli, le sel ferrugineux s'en sépara en quelques jours presque entièrement, en formant un sédiment ocracé, et l'eau décantée n'en retenait plus alors que des traces; ce qui prouve, comme l'avait dit M. Planche, que ces eaux dépurées cessent d'être ferrugineuses (15e *volume des travaux de la Société de Paris*). Le savon y était également indissoluble. L'analyse faite sur 1000 grammes d'eau, puisée comme il a été dit et en y comprenant le dépôt formé par les raisons énoncées ci-dessus, m'a donné :

Substances volatiles.

Azote. . . . . Quantité indéterminée.
Acide carbonique. . . . . Pas sensible.

Substances fixes.

Sulfate de chaux.	grammes. .	1,620
— de soude . . . — de magnésie. .	. . . . .	0,170
— de protoxyde. . — de peroxyde. . Sous-sulfate de peroxyde	de fer représentés par peroxyde de fer. . . qui donne le fer métallique 0,02705.	0,039
Chlorure de sodium.		0,053
— de magnésium.		0,150
Matière organique.		0,110
Silice.		trac.
		2,142

—*Source n° 2, à droite de l'escalier.*—«L'eau qui nous occupe se rend dans une sorte de puits placé à droite de l'escalier du caveau. Elle a beaucoup de rapports avec la précédente, seulement elle est plus ferrugineuse, et sa saveur, ainsi que l'action des réactifs le prouve évidemment. Elle n'est qu'à peine acide; son odeur est nulle. Puisée comme les précédentes, elle n'a pas tardé également à laisser précipiter la presque totalité du principe ferrugineux sous l'aspect d'une poudre ocracée. 1000 grammes de cette eau m'ont fourni :

Substances volatiles.

Azote. . . . . Proportion indéterminée.
Acide carbonique. . . . . Petite quantité.

Substances fixes.

Sulfate de chaux.	grammes. .	2,800
— de magnésie (prédomine) — de soude	. . . . .	0,530
— de fer protoxydé. — — peroxyde. Sous-sulfate peroxydé (plutôt que carbonaté)	représenté par peroxyde de fer. . . . . (d'où fer métallique 0,0541),	0,077
Carbonate de chaux.		0,074

apprécier leurs proportions relatives, car elles sont variables suivant qu'il existe plus ou moins d'air dans l'eau, j'ai seulement déterminé avec soin la quantité totale de fer par le peroxide, quantité qui doit peu changer si les causes de la minéralisation de l'eau sont constamment les mêmes, cette quantité servant à établir la nature plus ou moins ferrugineuses de l'eau.

(1) L'eau n° 2, située à la partie intermédiaire, étant peu importante et abandonnée dans l'établissement, je n'ai pas cru devoir l'examiner : elle paraît analogue à celle du n° 1.

(2) Même observation que pour le n. 1; il y avait cependant : en sulfates insolubles représentés par peroxyde de fer 0,254; en sous-sulfate insoluble, id. 0,158.

(1) En évaporant l'eau presqu'en totalité et séparant en deux parties A et B le produit, j'obtins : 1° en A quelques cristaux d'alun en très petite quantité; 2° en B beaucoup plus lorsque j'eus saturé le produit par l'ammoniaque.

Chlorure de sodium.	0,037
— de magnésium.	0,200
Matière organique indéterminée.	»
	3,678

Conclusion.— « De ce qui précède on peut conclure : 1° Que les quatre sources de Passy, prises dans l'établissement de madame Gautier, sont de nature ferrugineuse; — 2° que des causes presque analogues paraissent présider à leur formation; — 3° que le fer s'y trouve combiné avec l'acide sulfurique seulement et primitivement à l'état de protoxyde, et il n'y est pas accompagné par le manganèse et le cuivre d'une manière sensible aux réactifs; —4° que ces eaux, d'abord très limpides, ne tardent pas à l'air à devenir irisées à leur surface, et à déposer une matière ocracée de plus en plus abondante, composée par le principe ferrugineux qui devient insoluble; de telle sorte qu'au bout de quelque temps elles n'en tiennent plus sensiblement en dissolution, et ont perdu alors presque tout à fait leurs propriétés médicinales toniques et astringentes pour devenir presque seulement séléniteuses. L'analyse de ces eaux, faite il y a plusieurs années, ne présente pas beaucoup de différence dans les résultats avec ceux indiqués précédemment. Il est probable que les causes minéralisantes n'ont que peu changé; je n'y ai pas rencontré toutefois de carbonate de fer ni sensiblement d'alun, mais du sulfate acide d'albumine. La proportion d'oxyde de fer dissous ne semble pas avoir varié sensiblement, du moins pour l'eau nouvelle n° 3, comparée à celle analysée par M. Deyeux en 1808 ou 1809.

« En réfléchissant à la facile altération qu'éprouvent ces eaux, soit par l'action de l'oxygène de l'air, soit par le contact du liége quand on les expédie au loin, je pense qu'il serait indispensable pour les rendre plus constantes dans leurs effets et leur conserver toutes leurs propriétés médicinales, d'apporter des modifications dans leur emploi; savoir : de renoncer à les dépurer comme on le fait depuis très longtemps, et de ne les expédier que dans des bouteilles de verre *presque entièrement pleines*, moins poreuses que celles de grès et bouchées avec des bouchons préalablement trempés dans de la cire jaune fondue, de manière à recouvrir convenablement le liége. Ces eaux ferrugineuses, qu'il serait préférable assurément de boire à la source même (1), seraient, nous le répétons encore, coupées avec des boissons appropriées ou avec de l'eau ordinaire afin de diminuer leur énergie. Par ce moyen, MM. les médecins pourraient mieux calculer les effets qu'ils en attendent et graduer en quelque sorte à volonté ces eaux astringentes; car sachant que l'eau d'une des sources, celle par exemple n° 3 (nouvelle), renferme en dissolution, par pinte, sept à huit grains de fer oxydé tant au minimum qu'au maximum; ils pourront, en la mêlant de son poids ou d'un poids double d'un autre liquide, diminuer de moitié ou des deux tiers leur action thérapeutique, ce qui, avec des eaux épurées, ne présente pas cet avantage, puisque le temps et les circonstances de cette épuration apportent des variations très grandes dans la nature ferrugineuse de ces eaux. »

(1) Les eaux expédiées laissent toujours déposer une poudre rouge ocracée que les malades doivent avoir soin de boire, en agitant l'eau et la tenant quelques instants en suspension.

Il résulte de ce travail de M. Henry deux remarques importantes. La première, c'est que la source la plus minéralisée, et par conséquent la plus énergique, est celle du n° 3 des eaux modernes; vient ensuite celle du n° 2 des eaux anciennes. La différence entre chacune de ces deux sources et leurs voisines est à peu près de moitié. Si l'on voulait, par conséquent, en graduer la prescription, il faudrait procéder de la sorte : 1°, n° 1 des modernes; 2°, n° 1 des anciennes; 3°, n° 2 des anciennes; 4°, n° 3 des modernes. Une seconde remarque plus importante encore, c'est que l'eau épurée a cessé d'être ferrugineuse, ce qui ne veut pas dire que les principes salins restants ne lui conservent pas toujours un certain degré de minéralisation et d'énergie, mais déjà l'eau a perdu son caractère essentiel.

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

Douches thermales.— Monteggia rapporte (tom. V, p. 194), qu'un physicien italien, Jean Fantoni, faisant des expériences à la source des eaux minérales de Vardieri, observa que la chaleur développée par la douche, pénétrait profondément dans les parties animales qu'elle frappait; il a pu faire cuire beaucoup plutôt des œufs, en les exposant à une douche très haute, qu en les immergeant simplement dans la même eau et à la même température.

Glace.— Paris n'est approvisionné que par trois glacières : 1° celle de Saint-Ouen, qui en livre aux Parisiens 6,000,000 de kilog. (douze millions de livres); 2° celle de Gentilly, qui en donne 3,000,000; et celle de la Villette, qui n'est pas plus riche que celle de Gentilly. Ainsi Paris, peuplé de plus d'un million d'âmes, ne consomme pas plus de 12,000,000 de kilog. de glace; c'est 12 kilog. (24 livres) par habitant. La liste civile à elle seule en consomme 200,000 kilog.

— Deux parties de glace pilée ou de neige et une de sel marin, produisent une température de 20° au-dessous de zéro. Douze parties de glace, cinq de sel marin et cinq de sel ammoniac, donnent un froid de 31° au-dessous de zéro.

Poids spécifique des fruits a queux. « La différence qu'offrent les pommes et les poires est encore un caractère qui les distingue assez nettement. On sait que généralement les poires tombent au fond de l'eau, tandis que les pommes nagent. Ce qui rend la poire plus pesante, c'est d'abord la présence de nombreuses concrétions pierreuses qu'elle renferme; c'est ensuite un nombre plus considérable de vésicules dans la composition du sous-tissu cellulaire ou de sa chair; c'est encore à une plus grande quantité d'eau, et par conséquent, moins d'air dans les vésicules. Ce qui rend, au contraire, la pomme plus légère, c'est l'absence totale de concrétions pierreuses, ce sont des vésicules plus grandes, pour lors moins nombreuses, moins multipliées, et enfin contenant moins d'eau et plus d'air. De là cette autre différence entre la densité de la chair des deux sortes de fruits. La pomme, plus sèche, plus spongieuse, n'est jamais fondante comme le sont certaines variétés de poires. » (Turpin, Mém. sur la différence qu'offrent les tissus cellulaires de la pomme et de la poire, 1838).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

Des fièvres, d'après l'école italienne.

Nouvelles données thérapeutiques. (3e art.)

La fièvre intermittente légitime n'est donc pas une névrose, comme on le croyait; et les autopsies récentes, d'accord avec les symptômes, ont dévoilé une cardite droite avec une phlébite centrale ou une phlébo-cardite, comme condition pathologique fondamentale. Ce fait, aussi important qu'inattendu, a surpris beaucoup les personnes qui nous honorent de leur attention; c'est une raison de plus pour donner à cette question tous les développements dont elle est susceptible. Laissons parler MM. Biaggi et Gargnani, auteurs de ces belles recherches cliniques et nécropsiques.

« Dans le mémoire que l'un de nous a publié, il y a deux ans, sur le siége de la fièvre, il est établi que les intermittentes légitimes, ainsi qu'on les appelle, c'est-à-dire celles qui s'engendrent dans des lieux marécageux et qui présentent des symptômes tranchés de froid, de chaleur et de sueur, etc., laissent après elles, comme le choléra, des restes de leur existence dans le côté droit du cœur. Cette observation s'est trouvée pleinement confirmée par nos autopsies. En effet, nous avons constamment trouvé des plaques blanches sur le ventricule droit du cœur; dans un cas, entre autres, la plaque avait la largeur d'un écu, l'individu avait été plusieurs fois atteint de la fièvre intermittente. Indépendamment de cela, nous avons trouvé chez ceux qui avaient longtemps été sujets à cette fièvre, des plaques plastiques aussi sur le sinus droit et sur les veines caves contenues dans le péricarde, précisément et surtout dans l'endroit où la veine cave inférieure s'introduit dans le péricarde. Nous avons trouvé quelquefois dans ces endroits des adhérences ou des brides entre les veines et le péricarde; et dans quelques cas aussi, le sinus était déformé. Quand on a affaire à des individus dont la rate est augmentée de volume par des accès répétés de fièvre intermittente, on peut être certain de rencontrer à l'autopsie ces sortes de lésions. Dans ces occurrences, nous avons trouvé quelquefois aussi un épaississement de la membrane externe de l'oreillette droite et du ventricule droit du cœur, avec des concrétions plastiques blanches, des taches obscures, comme si elles étaient formées par du sang caillé, vieux. Dans d'autres cas, nous avons vu l'oreillette et le sinus adhérer par des brides au péricarde, à l'artère aorte ou pulmonaire, ou bien ramollis (sfiancati).

« Ces deux grosses artères offrent comme on sait à l'état normal une surface lisse. Cependant, dans nos autopsies, nous les avons parfois trouvées rugueuses, par des dépôts de lymphe plastique dans le tissu intermembraneux, avec un raccourcissement assez grand de la portion intrapérieardienne de ces vaisseaux, et de telles adhérences au péricarde, qu'on pouvait à peine les disséquer. Il n'est pas rare, enfin, de les trouver couverts de petits vaisseaux dilatés et d'une grande quantité de substance adipeuse; et nous nous sommes convaincus que leur phlogose produit non seulement une secrétion de matière albumineuse, mais encore une augmentation dans la sécrétion de la graisse. — Dans le sinus droit, on rencontre aussi, mais moins fréquemment, des taches blanches et des lésions analogues aux précédentes. Sur ce sinus, comme sur la face postérieure du sinus droit, nous portons dans nos autopsies la plus minutieuse attention, par la raison que tout le sang veineux du cœur se décharge dans le sinus droit, postérieurement et près de la cloison qui le sépare du sinus gauche. L'inflammation qui fixe son siége près de l'embouchure du courant de sang veineux qui circule dans le cœur, peut occasionner des phénomènes spéciaux que nous ferons connaître.

«De ce qui précède, il est facile de conclure que la fièvre intermittente légitime se rattache à des lésions de la partie droite du cœur, et que plusieurs de ses symptômes spéciaux dépendent d'une affection du sinus droit et du ventricule du même côté. Remarquez, en effet, que dans cette fièvre, le pouls est fréquent, il est vrai, mais pas autant que dans la fièvre inflammatoire légitime, laquelle se rattache, ainsi que nous le verrons, à une phlogose prédominante dans le ventricule gauche du cœur. Son impulsion, dans le premier cas, est moins forte; il est mou, peu plein, comme vide; de là l'aversion générale des médecins à saigner dans la fièvre intermittente. Le peu de fréquence dans cette maladie dépend de la présence de la phlébite centrale, et de ce que l'organe qui pousse le sang dans les artères est le ventricule gauche et non le ventricule droit. Sa souplesse dépend de ce que, dans le cas en question, il n'y a pas ordinairement artérite aiguë, laquelle coexiste ordinairement avec la cardite gauche, et donne lieu à un pouls dur, vibrant et fréquent. Sa vacuité, enfin, dépend de ce que le ventricule gauche ne pousse que peu de sang dans les artères, l'état phlogistique du cœur droit entraînant une sorte de gêne dans les caves, et par là une stase considérable de sang veineux dans la cave abdominale surtout.

« Les malades atteints de fièvre intermittente accusent souvent un sentiment de pesanteur sous le sternum, occasionné par la maladie du sinus et du ventricule droit du cœur. A cela s'ajoute la pâleur; et si les accès durent longtemps, le teint du visage devient obscure, en proportion du degré de phlogose du sinus droit. D'autres phénomènes intéressants se déclarent si la fièvre persiste: des congestions abdominales se manifestent par suite de la stase sanguine dans la veine cave ascendante. Le ventre devient volumineux, et le patient accuse un sentiment de poids à la région de l'estomac, qui se dirige transversalement d'un flanc à l'autre. Ce phénomène nous paraît se rattacher à un engorgement considérable de la veine splénique, laquelle comprime plusieurs nerfs ganglionaires, et à l'état pareil de la veine porte. Si le cep de la veine est fort, turgescent, comme il existe sous la portion pilorique du duodenum, entre cette partie et le foie, il peut occasionner une sensation incommode à la région indiquée, de distension ou de

pression, car il est lui-même environné de nerfs ganglionnaires. — L'appétit disparaît souvent pendant le retour des accès, et il redevient vif après la disparition des accès à l'aide de la méthode ordinaire, ce qui nous fait présumer que l'inappétence dépend elle-même de la congestion veineuse de l'estomac, laquelle s'oppose à la fonction normale de cet organe et nullement d'une phlogose. Nos autopsies nous ont appris en effet, chez les sujets qui avaient succombé à la suite de ces fièvres, que le développement anormal de la rate tenait à une simple congestion veineuse ; que la veine cave, la veine porte, la veine mésaraïque supérieure, ainsi que les veines de l'estomac, étaient toutes magnifiquement gorgées de sang noir et liquide, mais leurs parois étaient lisses, molles et transparentes comme dans l'état normal.

« Un autre phénomène des intermittentes obstinées, c'est le gonflement de la rate et du foie. Nous venons de voir, que dans ces cas, la veine splénique et la veine porte étaient gorgées de sang, leurs parois étant transparentes; ce qui conduit naturellement à conclure que la stase est née dans ces viscères. On ne s'en étonnera pas si l'on se rappelle le nombre immense de vaisseaux veineux et leur texture intriguée dans ces viscères, et si l'on considère d'autre part l'état de transparence des parois veineuses, ce qui exclut toute idée de phlogose dans ces parties, du moins dans les premiers temps. — Les veines hémorrhoïdales se gonflent à leur tour par suite de la même stase sanguine ; elles deviennent en même temps douloureuses et chaudes. Leur condition est bien différente de celle des troncs veineux dont nous venons de parler, par la raison qu'elles forment un entrelacement labyrinthique avec les vaisseaux de la muqueuse rectale, du col de la vessie et de l'utérus, entrelacement analogue à celui des vaisseaux du foie et de la rate ; mais elles adhèrent, forment corps avec les parois rectales; aussi, souvent arrive-t-il qu'elles s'enflamment à cause des irritations auxquelles sont exposés l'intestin rectum et le col de la vessie. — La congestion veineuse arrive plus facilement dans la veine cave inférieure et dans la veine porte que dans les veines supérieures descendantes, par le seul fait de la gravité. C'est, selon nous, la raison par laquelle les sujets atteints de fièvre intermittente accusent plutôt des troubles abdominaux qu'encéphaliques. Cette raison, cependant, n'est pas la seule ; il en est, selon nous, une autre plus importante encore : c'est la phlogose du tronc de la veine cave inférieure renfermé dans le péricarde que les autopsies nous ont constamment dévoilée, plus que dans la cave supérieure. On comprend, au reste, que les engorgements viscéraux dont nous venons de parler, peuvent à la longue devenir inflammatoires lents ou aigus.

« Les nombreuses autopsies que nous avons faites avec un grand soin depuis l'époque du choléra jusqu'à aujourd'hui, concernant cette grande question des fièvres, nous ont conduit à un rapprochement singulier, inattendu, étrange même au premier abord, et dont la justesse pourtant est pour nous de la dernière évidence, tant sous le rapport necropsique que sous celui des symptômes ; nous voulons parler du choléra et des fièvres intermittentes, simples ou pernicieuses. Dans nos autopsies des cholériques nous avons constamment trouvé une phlogose profonde dans les deux sinus du cœur. Nous avons dû en conclure que l'impuissance phlogistique de ces parties entraînait la suspension de la circulation du sang, ou du moins ce ralentissement excessif tellement prononcé que le pouls est à peine sensible, et le corps devient froid. D'un autre côté, dans nos autopsies de fièvres intermittentes légitimes, nous nous sommes constamment trouvés en présence d'une phlogose du cep veineux central droit. Au point de vue anatomique , la seule différence que nous trouvions entre les deux affections, c'est que la phlogose régnait aussi dans le sinus gauche chez les cholériques. Ce rapport nous a frappés, et en analysant les symptômes des deux affections, la même ressemblance s'est trouvée confirmée.

« Dans le début de la fièvre intermittente légitime, en effet, vous avez la période de froid, le pouls n'est pas fréquent, il est lent au contraire, mou, profond (sepolto), la physionomie est pâle, des cercles plombés existent au dessous des yeux et dans d'autres points de la face ; les membres sont froids, les forces vous abandonnent. — Dans l'invasion du choléra, mêmes phénomènes, excepté une intensité plus grande. Ici vous avez souvent des tremblements, des contorsions (convellimenti); là aussi, des trémoussements convulsifs. — Dans le choléra, vous avez des douleurs aux membres. Dans les fièvres intermittentes pareillement, surtout le long du rachis ; elles sont profondes le plus souvent. — Les cholériques accusent pour la plupart un sentiment de poids sousternal et de forte chaleur dans les viscères. Mêmes phénomènes le plus souvent chez les fiévreux. L'analogie a paru au reste si frappante entre les deux maladies qu'on a appelé *algides ou cholériques* quelques fièvres intermittentes.

« Dans le choléra, vous avez donc un stade algide, (ce stade est selon nous propre, spécial, dans cette maladie); vous en avez un analogue dans la fièvre intermittente. Les crampes manquent quelquefois dans celui-là ; les horripilations manquent aussi parfois dans celle-ci. Le siége de la phlogose, dans les deux cas, rend parfaitement compte de la lenteur de la circulation, les seules différences n'existant que dans le degré ; il devait en résulter des congestions veineuses vers la moëlle épinière par la difficulté qu'éprouve le sang de cette région à se décharger dans les canaux centraux par la cave et l'azygos qui ne peuvent se vider librement dans les sinus du cœur. De là des tremblements, des douleurs sourdes le long du rachis, avec frisson, etc. — Dans le choléra, au premier stade succède la période dite de réaction ou de fièvre typhoïde, désignée aussi par d'autres dénominations. Dans les intermittentes, après le froid succède la chaleur. Bien qu'il soit rare de voir dans les intermittentes au stade de froid succéder une fièvre typhoïde, cela s'observe cependant quelque fois; mais la maladie est toujours de forme légère, par la raison que la condition pathologique dans les sinus, n'est pas aussi intense, ni aussi étendue que dans le choléra. La congestion rachidienne est par cela même moins prononcée dans l'intermittente, et par conséquent les symptômes sont moins intenses ; mais aussi la cardite est plus isolée, plus nette.

« Dans le choléra, la lésion très grave qui existe dans les sinus du cœur, s'accompagne de congestions secondaires dans tout le parenchyme de cet organe. Lorsque cependant le malade surmonte la période algide, les sinus et le cœur lui-même se dégorgent en partie, mais il reste toujours assez d'altérations dans le tissus musculaire de l'organe pour donner naissance à une fièvre pendant quelques jours. Comme cependant le cerveau et la moelle épinière se trouvaient déjà congestionnées, il persiste, du côté des centres nerveux, des désordres qui durent pendant quelques temps et qui suffisent pour donner à la fièvre une physionomie typhoïde. Dans la fièvre intermittente, au contraire, la lésion des sinus du cœur est plus superficielle, moins intense; cet organe, par conséquent, est moins frappé d'impuissance; aussi la réaction après le froid, se produit-elle plus facilement; et cette réaction qui constitue la période de chaleur, s'éteint elle-même promptement en raison du peu d'intensité de la phlogose centrale qui la produit, et du peu de durée de chaque exacerbation de cette phlogose qui constitue l'accès. La réaction fébrile ou de chaleur, au reste, est dans chaque accès, plus ou moins intense, selon que la phlogose se sera étendue plus vers le ventricule gauche que vers le ventricule droit.

« Dans le choléra, vous avez des congestions viscérales au bas ventre, et par là des vomissements bilieux. Même phénomène dans l'intermittente, surtout dans celle qui dure depuis longtemps; vous en avez une preuve, d'ailleurs, dans le gonflement de la rate. —Dans le choléra, il manque souvent le stade de réaction. On a remarqué la même absence dans quelques cas de fièvre intermittente; surtout aux premiers accès qui ne s'annoncent que par le seul frisson et une sorte de malaise général. — Ainsi, dans la symptômatologie vous avez deux stades dans le choléra, et deux stades aussi dans l'intermittente. Dans celui-là, le second stade est durable, tandis que dans celle-ci il n'est que fugitif. Le premier stade est algide dans le choléra, simplement froid dans l'intermittente. Dans les deux maladies ce stade est dangereux, puisqu'il est quelquefois mortel, plus souvent même que la période de réaction. — Dans les fièvres intermittentes le stade de froid offre particulièrement deux dangers, ainsi que cela résulte des observations cliniques que nous rapportons à la fin de ce travail. Le premier consiste dans le ralentissement de la circulation, dans les congestions qui s'opèrent dans certains organes importants; savoir, dans le cœur, par les veines coronaires; dans le cerveau, dans la moelle épinière, et dans les lipothymies. Le second danger resulte du changement possible de caractère de la fièvre, c'est-à-dire, que d'intermittente elle devient continue, ce qui dénote, d'après nos recherches, le passage de la phlogose du ventricule droit au ventricule gauche du cœur; dans cette occurence, l'inflammation est intense, elle se propage aisément au cerveau et aux poumons, la maladie se complique.

« La conséquence pratique de notre travail, conséquence qui paraîtra sans doute étrange d'après les idées reçues dans quelques écoles, est que, dans le choléra comme dans l'intermittente, la saignée est parfaitement indiquée, même dans la période de froid, lorsque le mal menace dangereusement l'existence. Par la même raison, nous nous trouvons bien des applications permanentes de glace sur le sternum à toutes les périodes de la maladie lorsque, nous le répétons, le mal est très grave et que les circonstances le permettent. Ceci, indépendamment bien entendu de l'administration du remède hyposthénisant cardiaco-vasculaire par excellence, le sulfate de quinine. Dans le choléra, cette médication est la seule applicable avec quelque chance de succès, mais malheureusement le traitement reste souvent au dessous de l'affection, la lésion des sinus et du cœur étant profonde et éteignant promptement la circulation et la faculté absorbante de la muqueuse gastro-entérique. L'expérience a prouvé au reste, chez nous, en 1836, que le traitement par les saignées est celui qui a donné les meilleurs résultats. — Le sulfate de quinine, remède d'un grand intérêt dans le traitement de plusieurs maladies, étrangement apprécié par ceux qui en abusent, vilipendu par ceux qui ne le reconnaissent utile que dans les seules fièvres intermittentes et dans quelques autres maladies à accès, rend journellement de grands services dans les congestions de la rate, du foie, du cerveau, de la moelle épinière, en vertu de son action hyposthénisante cardiaco-vasculaire, ce qui facilite la circulation du sang. Que si la congestion était trop grande, qu'il existât déjà des lésions organiques, ce remède peut à lui seul échouer, rester au dessous du mal; il faut l'aider par des évacuations sanguines en temps opportun et à dose suffisante, et surtout par les ferrugineux. Ces auxiliaires eux-mêmes, cependant, sont insuffisants s'il est survenu déjà de l'hydropisie, des lésions organiques spécialement dans le péricarde.

« Jusqu'ici nous n'avons parlé que de la fièvre intermittente légitime. Il en est d'autres cependant qui en diffèrent. En effet, la fièvre continue elle-même, que nous prouverons être une *artéro-cardite gauche*, offre assez souvent des rémittences, ce qui la fait paraître tout à fait intermittente. Dans ce cas, le stade de froid manque, ce qui est pour nous la preuve univoque que la condition pathologique n'est pas dans le cep central droit. Son siége, en effet, est dans l'aorte, sur le péricarde, et s'étend de temps en temps sur le cœur, ce qui produit les exacerbations fébriles; tandis que, avant chacun de ces accès, la fièvre persiste à l'état très léger. Les lésions de l'aorte et du péricarde, nous les avons rencontrées en si grand nombre dans nos autopsies, ainsi qu'on peut le voir dans les autopsies que nous rapportons plus loin, qu'il est impossible d'élever le moindre doute. Répétons en attendant ici, que le stade de chaleur, dans les fièvres intermittentes, a sa condition pathologique dans les ventricules du cœur; et c'est aussi dans cet organe qu'on la rencontre à l'occasion des fièvres rémittentes et des fièvres continues. »

L'humorisme, que de malheureuses inspirations font revivre en France de nos jours, égare tellement les

sprits, qu'on ne cherche plus en ce moment, en Afrique et ailleurs, la source des phénomènes de la fièvre intermittente que dans le sang. De ce que le sang est liquide à l'autopsie, on s'écrie : *inveni!* Et l'on s'extasie ainsi sur l'empoisonnement du sang par les émanations marécageuses!! Le système nerveux est invoqué ensuite comme un surtout énigmatique, le sulfate de quinine est le spécifique neutralisant, et la science est satisfaite!!! L'on oublie cependant qu'il suffit, dans une maladie quelconque de la seule stase sanguine dans les grands ceps veineux, de la seule lenteur circulatoire *pendant quelques temps*, pour que le sang devienne déliquescent, circonstance productible à volonté, à l'aide de divers poisons, chez les animaux; circonstance secondaire, d'ailleurs, et qui manque constamment quand la maladie a marché rapidement! C'est à ces fausses conséquences là, à l'oubli des plus simples notions de la physiologie pathologique, aux applications les plus ineptes, les plus dangereuses que l'humorisme peut conduire..... — Cette étude des fièvres intermittentes sera reprise dans le procain numéro.

Clinique de M. Bouillaud.

FIÈVRES TYPHOÏDES COMPLIQUÉES.

La fièvre typhoïde règne en ce moment, avec des caractères graves, dans les hôpitaux civils de Paris. Elle offre moins de gravité dans les hôpitaux militaires, à cause, peut-être, des soins que les sujets reçoivent dès le début de la maladie, puisqu'à peine indisposés, ils sont reçus à l'hôpital, tandis que dans le civil, il est rare qu'on se décide à entrer dans un hospice avant que la fièvre n'ait déjà fait des progrès. Ajoutons que dans les hôpitaux militaires, il règne un air moins insalubre et les soins matériels sont plus exactement exécutés. Plusieurs médecins militaires suivent à peu près la méthode italienne, et ils n'ont presque pas de mortalité; ils saignent d'abord, puis ils donnent du tartre stibié en lavage pendant quelques jours. Nous ne sommes pas encore à mesure de donner un article général sur cette étrange maladie qui encombre pour ainsi dire, tous les étés, les salles des hôpitaux de la capitale, de nouvelles observations suivies dans divers services nous étant nécessaires pour asseoir nos impressions; mais, dès à présent, nous pouvons dire qu'elle déjoue souvent toute prévision, et les méthodes même qu'on vante le plus dans les hôpitaux. Dans une dixaine de cas, par exemple, que nous avons suivis dernièrement à la Charité, il y a eu une grande mortalité, et des guérisons auxquelles on était loin de s'attendre, non par le traitement, car celui-ci a été nul dans quelques cas, mais par la terminaison naturelle de la maladie. Chez tel individu, le cas paraissait peu grave : on applique la méthode des saignées coup sur coup, et il guérit ou bien il meurt. Chez tel autre, le cas était très grave, la maladie était au commencement de la seconde période : on le traite par la même méthode ou bien on s'abstient de tout traitement, et il meurt ou bien il guérit indistinctement, sans qu'on puisse dire pourquoi. Ils ne meurent souvent qu'après une longue convalescence présumée franche d'abord, et qui se complique plus tard. On établit alors qu'ils ne meurent pas de la fièvre typhoïde; mais c'est là évidemment un jeu de mots peu important. Sans pouvoir jusqu'ici nous prononcer formellement sur la bonté de la méthode de M. Bouillaud, notre impression actuelle est que cette méthode est insuffisante dans les cas sérieux; et quant aux cas légers, ils guérissent avec ou sans elle. Nous ne voulons pas en conclure que les saignées rapprochées soient ici nuisibles, mais elles nous ont semblé souvent rester au dessous de la maladie. Nous donnons, quant à présent, l'observation suivante, dont la terminaison a été heureuse, et qui offre de l'intérêt à cause des complications qui l'accompagnent.

Fait pratique. — *Entéromésentérite ou fièvre typhoïde à la 1re période, bien caractérisée, compliquée de bronchite d'abord, puis de pleuro-pneumonie.* — Pellerin, âgé de 30 ans, journalier, malade depuis 3 jours, reçu le 15 mars, couché au n° 3 de la salle St-Jean de Dieu. Constitution chétive, tempérament lymphatique. Il dit avoir eu, il y a 17 ans, une fluxion de poitrine. Il n'est pas sujet aux rhumes ni aux palpitations. Il n'a jamais craché de sang.— Il y a trois jours qu'il fut pris de malaise général avec courbature (lassitude des membres), perte d'appétit, envies de vomir, céphalalgie intense avec fièvre, étourdissements et tournoiements de tête, insomnie, assoupissement continuel, dévoiement. Pas d'épistaxis, toux assez fréquente, avec gêne de la respiration. Alité depuis le début. Pour traitement il a pris chez lui des tisanes. Il ignore la cause de sa maladie. Il était habituellement passablement nourri et logé. Il est venu à pieds à l'hôpital.

État actuel.— Le malade est assoupi. Il répond avec ennui aux questions. Il se tourne souvent de l'autre côté quand on lui parle. Abattement considérable. Céphalalgie et tournoiements de tête, pas de bourdonnements dans les oreilles, pas d'épistaxis, pâleur et teint terreux du visage, soif vive; bouche mauvaise, pâteuse, pas d'envies de vomir; langue encore molle et rouge à la pointe; ventre souple; développement de la région ombilicale, sans douleur, même à une forte pression; *gargouillement dans le flanc droit*; pas de taches nulle part à la peau. Une selle diarrhéique depuis l'entrée, pas d'épistaxis, haleine non fétide. Poitrine : résonnance bonne partout; respiration bonne en avant; en arrière, râle sibilant et reniflant dans toute l'étendue de la poitrine. Respiration à 28. Chaleur de la peau assez élevée. Pouls à 112, souple, dépressible, très légèrement redoublé. Souffle dans les carotides. Prescription d'urgence : saignée de trois palettes.

Le lendemain, 16, examen en présence des élèves. Caillot de la saignée d'hier soir, non rétracté, recouvert d'une couenne gélatiniforme, mais assez ferme pour supporter le poids du caillot qu'on soulève. Le malade a été agité dans la nuit. Peau chaude. Pouls à 120. Encore un peu de gêne dans la respiration. Crachats gélatiniformes, blancs. Poitrine : résonnance bonne en avant, un peu de roncus à droite; résonnance bonne en arrière, avec roncus grave. Pas de souffle ni de crépitation. Persistance de l'abattement, de la céphalalgie avec tournoiements et étourdissements. Sécheresse des lèvres et des dents; narines pulvérulentes. Deux selles diarrhéiques dans la nuit. Ventre médiocrement développé. Gargouillement dans le flanc

droit. Haleine non fétide. Rien de notable pour le cœur. *Diagnostic*, *ut supra* (première partie). Prescription : saignée de trois palettes ; ventouses scarifiées sur le ventre, trois palettes et demi. Boissons gommeuses. Diète.— Le 17, caillot légèrement retracté, consistant, pas de couenne. Sérosité des ventouses légèrement rougie; rondelles formant une masse de consistance médiocre. Le pouls est tombé à 84-88. Chaleur médiocre à la peau. Point de roncus dans aucune partie de la poitrine. Crachats séro-albumineux. Ventre souple avec gargouillement distinct dans le flanc droit. Une selle diarrhéique. Abattement moins marqué. Point de toux. Haleine non fétide. Langue encore saburrale. Bouche encore mauvaise. Persistance de quelques tournoiements. *Prescr.* : vésicatoire à la partie postérieure de la poitrine. Diète. Boissons comme précédemment.— Le 18, le malade se sent bien; il a dormi la nuit dernière. Pas de fièvre notable. Ventre souple. Quelques traces de gargouillement. Pouls à 80, non redoublé. Convalescence commençante.

Le 19, le malade s'est levé dans la nuit pour aller aux lieux. Ce matin le pouls est à 108, la respiration à 28; il se plaint d'une douleur au côté droit de la poitrine. La résonnance est bonne en avant, des deux côtés, ainsi que la respiration. En arrière, à gauche, la résonnance et la respiration sont bonnes; à droite, résonnance faible dans la moitié inférieure du poumon, avec respiration très faible; roncus grave et quelques bulles de crépitation sèche; point de souffle. Crachats visqueux, un peu rouillé (on complète le diagnostic, *ut supra*). *Prescr.* : saignée de trois palettes.— Le 20, caillot sans rétraction, couenne épaisse, supportant le poids du caillot quand on le soulève. Le malade se trouve un peu mieux. Il dit avoir dormi un peu. Les crachats offrent çà et là une teinte rouillée. Pouls à 112, petit, mou, non redoublé. Point de douleur ni de gêne de la respiration. Résonnance évidemment meilleure en arrière, à droite; respiration faible, sans souffle; quelques bulles de crépitation fine. Pâleur du visage. Ventre souple, avec un peu de gargouillement. Langue molle, humide, légèrement saburrale. *Prescr.* : vésicatoire à la partie postérieure de la poitrine droite. Boissons idem. Diète. — Le 21, pouls à 112-116, petit, redoublé. Langue molle, humide ; une seule selle, sans dévoiement. Gargouillement abondant dans le flanc droit. Le malade se plaint de gêne à la respiration. Matité assez marquée à partir de l'épine de l'omoplate à droite, jusqu'en bas, avec crépitation très marquée, très fine, avec souffle. Crachats visqueux légèrement rouillés. *Prescr.* : saignée de trois palettes. Boissons idem. Diète. — Le 22, caillot rétracté, de bonne consistance, couenne mince mais résistante. Le malade va un peu mieux. Crépitation abondante, plus humide, sans souffle. Pouls à 88-92. *Prescr.* : boissons idem. Diète.— Le 23, pouls à 80-84. Encore un peu de crépitation humide en arrière; à droite. Crachats non sensiblement rouillés. Une selle normale. Ventre souple, sans gargouillement. On accorde un bouillon.— Le 27, la respiration est revenue à droite. Ventre souple, sans gargouillement. Pouls à 76. On accorde deux bouillons et deux potages: — Le 6 avril, guérison, sortie (rédaction de M. Typaldos).

LEÇONS SUR LA CHLOROSE. — RÉFUTATION.

M. le professeur Bouillaud vient de consacrer six leçons spéciales à l'exposition des connaissances généralement adoptées sur la chlorose, ou plutôt sur les états pathologiques qu'on appelle anémie, hydrhémie, chlorose, chloro-anémie. Ces leçons ont été faites les 17, 24, 31 juillet, 2, 7, 9 août, par suite des discussions dont nous avons déjà rendu compte, et sans aucune interruption des leçons cliniques ordinaires. C'est déjà dire que les leçons en question n'ont été faites que surnumérairement, pour ainsi parler, savoir par courtes séances à la fin de chaque compte-rendu des malades traités dans le service. Ceci explique la raison du nombre apparemment considérable des séances, et qui pourrait sembler peu en rapport avec les limites de cette rédaction, si l'on ne tenait pas compte de la circonstance ci-dessus. Notre rédaction est calquée sur les notes que nous avons prises au sortir de chaque séance ; elle est consciencieuse, exacte et aussi complète que possible. Nous avions, au reste, par mesure d'exactitude, poussé le scrupule jusqu'à demander à M. Bouillaud lui-même le manuscrit dont il s'était servi aux premières leçons, ce qui nous a été refusé, et la suite nous a prouvé, qu'aux yeux de ce savant, nous avions démérité à un point *incroyable* de ne pas avoir adopté ses opinions sur la maladie qui nous occupe! Nos colonnes, au surplus, seront toujours ouvertes à ceux de nos jeunes confrères et des élèves qui suivent la clinique de la Charité et qui trouveraient, soit des lacunes importantes, soit des inexactitudes de notre part dans ce compte-rendu général.

La première leçon a été consacré par M. Bouillaud à l'examen de quelques opinions qui avaient été émises sur la chlorose. N'ayant pas assez de temps disponible pour se livrer à des recherches historiques complètes sur ce point important de pathologie, il se borne à discuter les opinions de Rasori, de Tommasini, de Grimaud, de Boisseau et de M. Roche, comme offrant des oppositions tranchées. Il commence cependant avant tout par définir les différences qu'on doit établir entre l'anémie, l'hydrhémie, la chlorose et la chloro-anémie. On doit entendre par *anémie* une diminution de la masse du sang, ainsi que la valeur littérale du nom l'indique. *Hydrhémie*, ou hydrohémie, dénote l'état aqueux du sang (cachexie). Le mot *chlorose* se rapporte à une altération qualitative du sang. Il s'agit d'une diminution de la proportion des globules sanguins et du fer qui leur est toujours inhérent. Le mot chloro-anémie indique la combinaison des deux états désignés par ces deux radicaux. On voit par conséquent, ajoute M. Bouillaud, que dans l'anémie le sang peut offrir des proportions élémentaires normales à l'analyse chimique, le défaut étant dans la quantité de la masse; tandis que dans la chlorose la masse peut se trouver dans les limites normales, la maladie consistant dans la décoloration du sang par diminution des globules et du fer, et cette diminution suffit pour donner au sang une teinte claire, tendant vers le violet. Dans l'hydrhémie aussi, la quantité du sang peut être normale ou même excessive, mais sa qualité est mauvaise, il contient un excès proportionnel de sérum ou d'eau, et c'est cet excès qui augmente la masse totale. Ainsi, tandis que

l'anémie se présente comme une sorte d'atrophie sanguine; l'hydrhémie, au contraire, constitue une véritable hydropisie du sang. Ce dernier état cependant peut coexister avec le précédant, et peut, comme l'anémie, être produit à volonté, ainsi que l'a fait M. Bouillaud, en faisant boire beaucoup de tisane aqueuse à des malades qui venaient de subir un traitement par des saignées abondantes pour des maladies inflammatoires graves. Au surplus, dit le savant professeur, il suffit d'avoir précisé le sens que nous attachons aux mots précédents pour saisir au premier coup-d'œil, sur le vivant, les maladies qu'ils représentent, car ces maladies du sang sont visibles, palpables à l'œil nu : vous voyez à chaque instant dans notre service des sujets anémiques, des chlorotiques, des chloro-anémiques, et il suffit de regarder leurs veines, d'ausculter leurs artères pour les reconnaître ; vous touchez, vous palpez leur affection, grâce aux procédés nouveaux d'observation, grâce aux méthodes physico-chimiques que nous avons introduites dans l'étude des maladies, et c'est ce qui distingue notre médecine que nous appelons *exacte*, de celle de nos prédécesseurs.

Ici, l'honorable clinicien fait une *excursion* rapide sur l'état où se trouvait la médecine en France et à l'étranger à l'époque où il a été nommé professeur, et l'état parfait où elle est arrivée aujourd'hui, sous l'influence des méthodes physico-chimiques qu'il a contribué à introduire dans l'exercice clinique. M. Bouillaud a souvent déclaré que c'est à tort qu'on le croit un continuateur de la médecine physiologique, il n'a adopté de Broussais que quelques principes généraux, la médecine qu'il professe aujourd'hui étant tout à fait différente de celle-là ; elle est le résultat de ses propres observations, basées sur les méthodes exactes d'exploration, et c'est ce qui constitue la *médecine exacte* dont il se déclare le fondateur. M. Bouillaud attache la plus grande importance à la médecine humoristique qu'il s'honore d'avoir le premier fait revivre en France ; il était déjà, dit-il, médecin humoriste dès 1826, époque où il publia son traité des fièvres dites essentielles, et il se fait une gloire d'avoir enrichi la science de cette nouvelle source d'observation sur laquelle repose en grande partie la *médecine exacte* qu'il enseigne et pratique (suivent d'autres détails que nous omettons).

On a dû voir, dans une des dernières séances, reprend le savant professeur, par l'analyse que nous avons présentée des observations de Rasori, comment ce médecin méconnaissait la chloro-anémie, faute d'observation exacte ; comment il confondait cette maladie avec d'autres, avec des maladies présumées du cœur, sur des sujets exténués par la diète et les saignées, qui avaient perdu leur sang, qui offraient des battements violents au cœur et dans les artères par action nerveuse, ainsi que nous vous en montrons si souvent des exemples, et que les médecins caractérisent à tort d'affection organique. Vous avez dû remarquer comment Rasori, qui se moquait de ses confrères, tombait lui-même dans ce système vague de médecine dynamique, de médecine de bonnes femmes, puisqu'il consentait souvent à essayer les remèdes que les femmes ou les gardes-malades lui proposaient dans les maisons dont il parle, et comment enfin il osait administrer des doses énormes d'opium (jusqu'à vingt grains par jour) à des malades chloro-anémiques, qu'une alimentation substantielle, du bon vin et le grand air auraient sûrement guéris. Que de différences entre la médecine de Rasori qu'on regarde comme un des princes de la médecine italienne, et la *médecine exacte* que nous vous enseignons! Les Italiens considèrent l'opium comme un remède stimulant, tandis qu'en France nous le tenons pour un remède calmant ; mais il ne faut pas oublier que l'opium congestionne le cerveau, et l'on ne doit pas s'étonner si l'une des malades traitées par Rasori avec des doses exorbitantes de ce médicament, ait dû plus tard être conduite dans une maison d'aliénées. C'est là un résultat des erreurs de diagnostic et de traitement de Rasori que je n'avais pas voulu relever l'autre jour. La chlorose, l'anémie, l'hydrhémie n'étaient donc pas connues par Rasori, et cette erreur ne lui était pas exclusive, car les autres médecins italiens, les médecins espagnols, en France même, dans les provinces, à Paris, dans les hôpitaux, où nous montrons depuis 14 ans la maladie à des centaines de personnes, on tombe à chaque instant dans les mêmes méprises déplorables de diagnostic. Les médecins prennent aisément les palpitations du cœur et des artères, les étouffements et les autres symptômes nerveux, que ces sortes de malades accusent, pour des affections organiques du cœur, pour des congestions cérébrales; ils saignent les malheureux patients, leur appliquent des sangsues, leur donnent de la digitale, les tiennent à la diète, ce qui aggrave de plus en plus leur état, au lieu de les mettre à un régime alimentaire fortifiant, à l'usage du vin et des bains de mer, qui les guériraient promptement. Nous vous avons fort souvent montré ici des exemples de ce cas, et dernièrement encore vous avez vu une jeune sage-femme couchée dans nos salles, qui avait été victime de l'erreur grossière que nous vous signalons. Le ventre de cette malheureuse était criblé de cicatrices par des centaines de sangsues qu'on lui avait appliquées pour une prétendue métro-péritonite, et ses plis des bras étaient comme couturés par des cicatrices nombreuses causées par la lancette. Cette femme était blanche comme de la cire, elle offrait un type de chloro-anémie au plus haut degré, survenue à la suite d'une fausse couche et de l'abus des évacuations sanguines ; elle présentait des phénomènes nerveux propres à l'état chloro-anémique; mais nous ne nous en sommes pas laissé imposer, nos *méthodes exactes* d'observation nous dévoilant de suite la véritable nature de la maladie. Dans un autre cas, pour lequel M. Bouillaud a été appelé en consultation par un médecin italien, il s'agissait d'une jeune femme de haut rang, nouvellement mariée, traitée pour une prétendue maladie au cœur à l'aide de saignées et de digitale ; elle était ré-

duite au dernier degré de marasme, éprouvait des symptômes nerveux propres à cet état ; on la croyait enceinte, et pourtant son ventre était plat comme une planche ! Cette dame est morte peu de jours après. Dans un autre cas analogue pour lequel M. Bouillaud a été consulté, il s'agissait d'une jeune dame espagnole. On voit par là, que, pas plus en Italie qu'en Espagne, pas plus en France qu'autour de nous, on ne sait diagnostiquer ces sortes de maladies, et ces erreurs entraînent chaque jour des conséquences déplorables !

M. Tommasini a fait un travail sur la chlorose. Ce travail a été traduit en français dans les *Annales de thérapeutique*, je vais vous en lire quelques passages. M. Bouillaud tient en main notre numéro de juillet 1844, qui contient notre traduction ; il lit quelques morceaux de son choix qu'il tourne en ridicule et taxe de frivolité et d'erreur. Il trouve fort récréatif que les Italiens regardent la chlorose comme une artérite lente ! Il les plaint de leur ignorance, puisque les découvertes de M. Bouillaud, qui datent déjà de loin (bruit de diable, 1831), ne se trouvent même pas indiquées dans le travail de Tommasini qui est tout récent ! M. Bouillaud s'étonne que Tommasini ait attendu trente années avant de décrire, ainsi qu'il le dit, la prétendue artérite. L'artérite, soit aiguë, soit chronique, est parfaitement connue en France ; M. Bouillaud l'a l'un des premiers décrite depuis longtemps ; il croyait lui-même autrefois que la chlorose était une artérite, mais il s'est bientôt aperçu de son erreur, et en créant la *médecine exacte*, il en a fait une maladie humorale. Il lui a suffi pour cela de quelques mois d'observation (ajoutez le mot *exacte*), et si M. Tommasini est resté 30 ans pour ne faire en définitive que consacrer une vieille erreur, c'est qu'en Italie on ne sait pas observer (*exactement*), c'est qu'on ne connaît pas dans ce pays les méthodes dont fait usage M. Bouillaud. D'ailleurs, notez bien, ajoute M. Bouillaud, ces méthodes sont mal connues, mal appliquées partout, même à Paris, par la raison qu'elles sont difficiles à apprendre, à moins de se consacrer avec un grand dévouement à cette étude, ainsi qu'il l'a fait depuis quatorze ans. — Dans la lecture d'un premier morceau du travail de Tommasini, M. Bouillaud s'attache à faire voir que l'auteur prend les battements exagérés des artères des chlorotiques, battements purement nerveux, pour des phénomènes d'artérite ; c'est là une erreur fondamentale. Quand l'artérite existe, dit M. Bouillaud, elle se reconnaît à ses symptômes propres, et qui n'ont rien à faire avec ceux de la chlorose ; on en voit tous les jours des exemples dans les services de chirurgie, où l'artérite s'offre sous forme de gangrène. C'est qu'une artérite n'existe pas à l'état chronique, selon lui, sans être passée d'abord par l'état aigu, sans donner des produits morbides ; or, ces produits sont les fausses membranes, l'oblitération des canaux artériels par des caillots, l'interruption de la circulation et la gangrène. — Dans un second morceau, le savant critique relève surtout avec hilarité la caractérisation d'artérite que M. Tommasini applique aux jeunes garçons sujets à des épistaxis fréquentes et qui finissent par devenir pâles, blafards, véritablement chlorotiques. La pâleur chlorotique est pour M. Bouillaud l'effet des pertes sanguines ; il s'agit dans ces cas d'une véritable anémie selon lui.

Les sarcasmes ont rédoublé pour ainsi dire à la lecture des phrases suivantes, dans lesquelles M. Bouillaud crut peut-être se reconnaître : « Chez certains chlorotiques, les pathologistes se contentent, dit M. Tommasini, de voir dans cette fréquence du pouls et dans la couleur de la peau, les caractères de la *febris alba*, et ils déduisent cette maladie d'une hématose imparfaite, d'une prépondérance du sérum, sans chercher à connaître quelle peut être la condition pathologique qui s'oppose à une parfaite sanguification. Chez les individus sujets à des hémorrhagies fréquentes, on explique le phénomène d'une manière analogue, et l'on ne va pas plus loin ; l'on ne cherche même pas à savoir dans quel état se trouve l'arbre vasculaire, surtout chez les individus très hémorrhagiques (diathèse hémorrhagique). » Arrivant ensuite à l'état du pouls désigné par M. Tommasini par ces phrases : « Les artères offrent au toucher des vibrations pulsatiles, frémissantes (frizzanti), pongitives, *métalliques* et constantes, lesquelle augmentent seulement trois ou quatre heures après le repas, s'exaspèrent instantanément et fortement par l'action du vin et des liqueurs alcooliques. » M. Bouillaud s'est vivement excité d'un air moqueur, caractérisant ces assertions de rêve imaginaire ! Le pouls, chez les chlorotiques, est, dit-il, mou, fluctuant comme le canal de l'urètre au moment où il est parcouru par un petit courant d'urine. Qu'est-ce, d'ailleurs, un pouls *pulsatile*, *pongitif*, *métallique*, ajoute M. Bouillaud ? Qu'est-ce, les vibrations *angéioitiques* de Tommasini ? Rien de tout cela ne ressemble à la médecine *exacte* que nous enseignons. (Suivent d'autres remaques critiques sur le travail en question).

Grimaud s'était occupé de la chlorose dans son Traité des fièvres. L'auteur attribuait la maladie à une métrite chronique (M. Bouillaud lit le passage de l'ouvrage). Boisseau, au contraire, considère la chlorose comme le résultat d'une asthénie utérine. Il voyait en outre dans l'organisme, une sorte d'atrophie congénitale, ou d'arrêt de développement chez les sujets chlorotiques. Cet écrivain, qui avait été en Italie, avait connu quelque peu la médecine italienne, il trempait un peu, dit M. Bouillaud, dans les idées dynamiques (M. Bouillaud lit le passage de l'auteur concernant la chlorose). Arrive enfin le tour de M. Roche, ami de M. Bouillaud, dont l'opinion se trouve exposée dans l'article chlorose du dictionnaire en 15 vol. M. Roche considère l'affection comme une asthénie du sang et des artères ; et quant à l'anémie, il la regarde comme rare et constituant une sorte d'étiolement général qu'on rencontre surtout chez certains ouvriers des mines (Lecture d'un fragment de l'article). A cette lecture succède une critique sévère de l'article de

M, Roche. Puis M. Bouillaud a repris de nouveau en sous-œuvre les opinions précédentes, et les a opposées entre elles, pour en faire mieux ressortir les différences ; ainsi, tandis que Rasori méconnaissait tout à fait la maladie (au dire de M. Bouillaud toujours !), Tommasini créait une artérite imaginaire, et M. Roche déclarait de son côté qu'il s'agissait au contraire d'une asthénie artérielle. D'autre part, tandis que Grimaud croyait voir une métrite, Boisseau, au contraire, baptisait le mal d'asthénie utérine. On voit par là combien la manière de voir de ces auteurs était excentrique, variable, contradictoire, et il serait facile de trouver d'autres différences encore en cherchant la description de la maladie, dans d'autres ouvrages, soit anciens, soit modernes.

En 1831, l'étude de la chlorose a changé de face par les découvertes qui nous sont propres, dit M. Bouillaud. Nous étions alors médecin à l'hôpital de la Pitié, et nous avions dans notre service un assez grand nombre de sujets qui y avaient été reçus comme atteints de maladies organiques du cœur ; ils n'étaient cependant que chlorotiques, anémiques, ou chloro-anémiques. Nous occupant à cette époque de l'étude des bruits des artères, nous appliquâmes le sthétoscope sur les carotides et les sous-clavières de ces malades, et nous avons été frappé d'un bruit remarquable, bruit continu de souffle léger chez les uns, fort chez les autres, offrant dans quelques cas de l'analogie avec un bourdonnement de mouche, avec une sorte de miaulement, de modulation, et que nous avons quelquefois comparé au bruit d'une espèce de jouet qu'on appelle *diable*. Ces différents bruits, qui ne sont en définitive que des degrés élevés du souffle continu, constituent un fait physique, réel, facile à constater, et non une invention comme l'artérite des Italiens. Cette première découverte nous a conduit à une seconde ; nous voulons parler de la connaissance de la cause du bruit de diable, et nous avons trouvé qu'il dépendait d'une diminution de la densité du sang. Nous nous en sommes assuré à l'aide de l'aéromètre de Baumé, sur des sujets qui étaient anémiques par suite de saignées qu'ils venaient de subir, et auxquels nous venions d'administrer des boissons aqueuses. Tant que l'aéromètre, plongé dans le sang de la saignée, marquait 5° 1/2, 6°, 6° 3/4, le bruit de souffle était manifeste ; il cessait aussitôt que la densité s'élevait à 7°. Dès-lors la véritable cause de la maladie nous a été dévoilée. Plus tard, on a découvert, il est vrai, que dans la chlorose il y avait diminution des globules et du fer, ce qui constitue l'essence de la maladie, mais cette découverte n'est en définitive que notre doctrine retournée ; il s'agit toujours en effet d'une diminution de densité du sang. Ici, M. Bouillaud rappelle textuellement les recherches chimiques de M. Lecanu, de M. Denis, de M. Raspail, de MM. Andral et Gravarret sur le sang des chlorotiques. Nous reproduirons plus loin ces passages. Il résulte de toutes ces recherches l'ensemble des notions que la science possède aujourd'hui, et que nous avons exposées précédemment sur la nature de l'anémie, de la chlorose, de l'hydrhémie, de la chloro-anémie, nature toute humorale, toute physique et qui est productible à volonté chez l'homme comme chez les animaux. Il paraît, au reste, que la maladie qu'on appelle cachexie aqueuse chez les moutons qui habitent des lieux marécageux, n'est au fond qu'une véritable hydrhémie, pareille à celle qu'on rencontre et que nous avons produite chez l'homme. — Passons à présent aux phénomènes généraux et aux signes de la maladie. (*La suite au prochain numéro*).

Réfutation.— Un grand intérêt général, scientifique et pratique, se rattache à la question qui nous occupe dans cet article ; moins, peut-être, à cause de la maladie elle-même à laquelle cette discussion se rapporte, que parce qu'elle représente un système médical tout entier, *la médecine humorale, la médecine dite exacte*, dont M. le professeur Bouillaud s'est déclaré le fondateur de nos jours. Notre devoir d'historien nous impose à la fois la tâche d'apprécier avec impartialité, et le système général dont il s'agit, et les idées particulières que soutient ce savant concernant la chlorose. Nous devons avouer cependant que, sans l'engagement que nous avions pris d'achever cette discussion contradictoire, et si des intérêts pratiques réels ne se liaient immédiatement à cet examen, nous aurions volontiers renoncé à poursuivre ce sujet, les formes endossées dans ces derniers temps, par l'honorable provocateur de ce débat, n'étant pas celles qui conviennent aux hommes de science, qui discutent de bonne foi les intérêts de la science elle-même, et ce qui concourt à l'avancement de l'art. Par cela même qu'un homme occupe une position éminente, officielle, il doit respecter, plus que d'autres, les convenances, et ce devoir est plus impérieux encore quand, pendant l'exercice de ses fonctions, il croit devoir honorer quelqu'un en l'interpellant publiquement. M. Bouillaud nous a fait cet honneur là, soit au lit des malades, soit à l'amphithéâtre ; nos réponses ont toujours été consciencieuses, modestes et respectueuses ; nous avons eu le malheur de ne pas adopter ses opinions, et, qui plus est, de les combattre. *Inde iræ* ! Nous ne reconnaissons pas pour cela à qui que ce soit le droit de nous accabler d'injures. Quand, en 1832, nous suivions avec une grande assiduité et admiration la clinique de Dupuytren, le hasard emmena dans son service une jeune blanchisseuse ayant une luxation de l'extrémité inférieure du cubitus ; nous nous occupions à cette époque d'un travail sur ce sujet que nous publiâmes plus tard dans les *Archives générales de médecine* ; la femme avait donc été examinée par nous avec une grande attention avant la visite du grand maître, et nous avions reconnu aisément cette rare lésion. Passant à la hâte, Dupuytren, qui venait alors de réformer les idées enseignées sur les prétendues luxations radio-carpiennes, luxations qu'il démontra être des fractures du radius, dit, en voyant le poignet de cette malade : « *Fracture de l'extrémité inférieure du radius* ! » et il commanda un appareil en conséquence. Nous étions à son côté, il ne nous connaissait que de vue, par notre assiduité à ses leçons, et nous osâmes le prier de vouloir bien examiner s'il n'y avait pas luxation de la petite tête du cubitus sur le radius : Dupuytren nous regarda fixement, et il nous dit, en poussant brusquement l'avant-bras de la malade vers nous : « *Réduisez-la, Monsieur* ! » — Et nous l'avons réduite à l'instant, d'un coup de main, sous ses yeux, et en présence de nombreux élèves. Loin de nous accabler, le grand chirurgien nous honora de sa bien-

veillance, et dans une suite de leçons qu' fit à l'Hôtel-Dieu à l'occasion de ce fait, il nous interpella plusieurs fois avec bonté, et il voulut bien honorer de son savant commentaire les faibles observations que nous avions recueillies dans les hôpitaux, et que nous lui soumîmes sur la question. Aujourd'hui, s'il est vrai que la position de publiciste nous impose une grande réserve, surtout vis-à-vis les hommes officiels, nous avons aussi le droit de relever leurs actes publics, d'examiner leurs œuvres dans l'intérêt de la science. Nous souhaitons dans l'esprit de M. Bouillaud autant de calme, d'impartialité et de justice que nous allons en mettre dans cette appréciation.

Voyons d'abord ce qu'on doit entendre par ce titre de *médecine exacte*, que M. Bouillaud donne à la pratique qu'il suit. *Médecine exacte*! Quel est donc le médecin instruit et consciencieux qui ne fait pas, ou qui ne croit pas faire de la médecine exacte? Est-ce que Broussais, Pinel, Corvisart, Laënnec, Tommasini, Buffalini, Giacomini, Bright, Corrigan, Galien lui-même et tant d'autres n'ont pas fait de la médecine *exacte* dans leur mamanière de voir? Si cela n'est pas, ils eussent été des savants malhonnêtes; mais si vous voulez dire qu'ils se sont trompés et fait à leur insu une médecine *inexacte*, la question se réduit à savoir si M. Bouillaud ne se trompe pas à son tour, et si, par conséquent, le titre d'*exact* qu'il se donne n'est pas une simple épithète singulière. Est-ce donc faire de la médecine *exacte* que de venir dire par exemple : une fièvre intermittente est une névrose? (V. le dern. n°). Le titre de la médecine de Broussais était au moins compréhensible, car le mot *physiologique* indique que le système est basé sur l'étude des fonctions normales et pathologiques des organes, ce qui comprend à la fois le dynamisme vivant et l'anatomie morbide. C'est d'ailleurs le seul principe d'étude adoptable en médecine, c'est celui-là même que l'école italienne suit depuis 50 ans, bien avant par conséquent la réforme opérée en France par l'immortel médecin du Val-de-Grâce. Nous croyons cependant comprendre que M. Bouillaud veut indiquer par le mot *exact*, une médecine basée sur les principes de la physique, de la mécanique et de la chimie moderne, sciences qu'on qualifie aujourd'hui d'*exactes*, ce qui ne veut pas dire à la vérité qu'elles ne se trompent jamais. Tel est le sens que M. Bouillaud dit chaque jour attacher au titre en question.

Selon ce savant en effet, il ne se passe dans notre organisme que des phénomènes de physique et de chimie, analogues à ceux qu'on produit dans nos laboratoires. Nous croyons que M. Bouillaud se trompe complètement dans ce point de départ. Il est facile de démontrer que les lois qui régissent les forces fonctionnelles chez l'homme vivant sont tout à fait différentes de celles qui président aux phénomènes de la matière brute; la différence est tellement grande, que certaines forces brutes se taisent en présence des forces organiques. Mêlez de la paille et de l'eau, vous n'aurez qu'un magma putride; les mêmes éléments dans l'estomac du cheval vous donnent du sang, et de même qualité que celui que peuvent produire d'autres substances assimilables. Un homme entre dans un four à 100, 150 degrés de chaleur, et ses humeurs, son sang, ne deviennent pas plus chauds; sa température intérieure reste aussi la même quand il s'expose à un froid intense. Vous perforez promptement un estomac de cadavre en y injectant certains composés chimiques (arsenic, sublimé, acide oxalique, acides minéraux, etc., etc.); faites en autant chez un animal vivant? Jamais vous ne le perforerez tant que la vie n'est pas éteinte; cela arrivera seulement après la mort, après que les forces vivantes auront cessé d'imposer silence aux forces brutes. La physique, la chimie, la mécanique, qu'ont-elles de commun, par exemple, avec le grand phénomène de la génération? Nous savons bien que quand un homme s'expose à une température très élevée, les physiciens invoquent l'évaporisation pour expliquer la résistance de ses organes à l'action du calorique; mais, exposez donc un cadavre, une outre pleine de sang, un vase plein d'eau, à la même température, et dites-nous pourquoi ces corps ne se comportent pas de la même manière? Il y a quelque temps, nous avons reçu d'un jeune médecin, que nous ne voulons nommer, une lettre pleines d'invectives, par laquelle il nous défiait de lui prouver le prétendu rêve de la force vitale, du dynamisme vivant, différent des forces physiques? Nous lui avons répondu que la force vitale était celle-là même qui lui faisait si mal tenir la plume en écrivant!

Quoi qu'il en soit, le système de M. Bouillaud n'a même pas le mérite de la nouveauté, car n'a-t-il pas existé autrefois deux sectes de médecins, basées sur les mêmes principes, la médecine mécanique et la médecine chimique? N'a-t-on pas vu naguère des sectateurs de cette force prescrire les coquilles d'œufs et d'huîtres pour guérir le rachitisme? Ne voit-on pas encore de nos jours des docteurs ordonner sérieusement, les uns d'innocents blancs d'œufs pour guérir de formidables empoisonnements (sublimé, cuivre); les autres des jaunes d'œufs dans les mêmes cas; celui-ci formuler du pain azime contre le diabète; celui-là, d'autres ingrédients non moins burlesques. Tout cela n'a pu tenir longtemps par la raison qu'une pareille médecine est incomplète; elle ne tient compte en effet que de la seule partie mécanique des maladies; la physiologie pathologique, la pathogénésie, l'étiologie véritable lui échappent; et quant à la thérapeutique, elle doit se trouver nécessairement réduite à de simples moyens mécaniques, et à des remèdes négatifs, tels que la saignée, la diète et l'eau, les cataplasmes et les vésicatoires. Quant aux médicaments dynamiques, la médecine mécanique doit inévitablement les rejeter comme fabuleux, par la raison que la physique brute ni la chimie ne peuvent en comprendre la valeur. Et quant aux maladies chroniques, elles doivent inévitablement être déclarées incurables dans ce système; c'est ce qui a lieu. Nous verrons en effet que c'est la raison par laquelle M. Bouillaud n'a pu donner sur la chlorose qu'un tableau fort incomplet, et cela devait être pour un savant à principes sévères comme lui; il se tient en effet rigoureusement dans les données que nous venons d'indiquer, et sous ce rapport il a raison de soutenir qu'il est *exact*, et que sa médecine ne ressemble guère à la médecine de Broussais. Reste seulement à savoir si, tout en étant *exact* à ce point de vue, il ne se trompe pas fondamentalement et dans les conséquences pratiques.

Quels sont donc les éléments du système que nous examinons à l'occasion de la chlorose? Ces éléments résultent sans doute de l'application de la percussion, de l'auscultation, du thermomètre, de la mensuration métrique; de l'examen chimique de la salive, des urines, du sang, dans l'étude clinique des maladies. M. Bouillaud, en effet, qui n'a inventé aucun de ces éléments, qui n'en a appliqué aucun, lui le premier, en fait un grand usage à sa clinique; et l'on peut affirmer qu'il en tire tout le parti avantageux possible. Cependant, puisqu'il taxe les autres d'ignorance, nous avons dû nous demander si ce médecin *exact* sait bien manier le thermomètre pour pouvoir compter sur ses observations à cet égard. Pour mesurer la température dans les maladies, M. Bouillaud se sert d'un thermomètre centigrade, encadré et à mercure, qu'il applique soit à l'épigastre, soit dans le creux axillaire. L'épigastre représente une

surface à peu près plane; or, les physiciens savent que les thermomètres ordinaires ne valent rien pour mesurer la température des surfaces des corps solides, par la raison que, soit qu'on couche l'instrument, soit qu'on le pose simplement d'aplomb, il n'accuse qu'incomplètement la température, et ses résultats sont variables, par des raisons faciles à deviner. Demandez aux fabricants de glaces (miroirs), comment ils ont dû faire pour parvenir à avoir la température exacte de leur produit? Ils vous diront qu'ils ont dû confier la solution de ce probléme à un physicien habile, et que c'est à l'aide d'un thermomètre à contre-cuvette parabolique en or, que la solution a pu être obtenue; son prix n'est pas très élevé, nous en possédons un; on n'en trouve que chez un seul fabricant à Paris. En conséquence, toutes les observations faites jusqu'à ce jour par les thermomètres ordinaires appliqués à l'épigastre, sont à recommencer. Quant à l'application des mêmes instruments dans l'aisselle, ils sont exposés également à des causes d'erreurs; cette région en effet est plus ou moins couverte de poils et de sueur, ce qui suffit pour faire varier la température. Sans vouloir au reste rien ôter à l'importance déjà très grande de ces moyens d'investigation, il est facile de comprendre par les remarques précédentes, qu'ils ne suffisent guère à eux seuls pour la déduction des indications thérapeutiques.

M. Bouillaud répète sans cesse que la médecine moderne, telle qu'il la pratique, d'après les données physiques précédentes, est une science positive, certaine. Il a sans doute raison en ne considérant ces données qu'individuellement; mais en tant que science d'application au traitement des maladies, cette médecine-là, est, nous le répétons, *incomplète*, par la raison qu'elle ne tient compte que de la partie physique des maladies seulement; elle est même erronée très souvent par cela même qu'elle assimile les lois des forces vivantes aux lois des forces brutes. Il est fâcheux que cet habile observateur ne soit pas né avant les grands hommes du commencement de ce siècle, qui ont créé la médecine actuelle; il est probable qu'il aurait eu plus de droits à notre reconnaissance; cela ne nous empêche pas cependant d'attacher un grand prix à ses travaux. Aux yeux des hommes impartiaux, qui sont bien au courant de la valeur intrinséque des travaux de notre époque, le grand édifice de la médecine moderne repose sur quatre colonnes fondamentales, autour desquelles sont venus se grouper une multitude d'ouvrages spéciaux d'une grande importance, en tête desquels se placent naturellement ceux de l'illustre Broussais. Ces quatres colonnes résultent, dans l'ordre chronologique, des travaux de Morgagni, de Rasori, de Bichat et de Laënnec. Ces travaux en effet marquent quatre grandes lignes très distinctes, et c'est sur elles que roulent les fondements de toutes nos connaissances actuelles. L'école de Rasori est la seule jusqu'à présent qui se soit frayé une voie nouvelle thérapeutique et toxicologique. Les travaux de M. Bouillaud se casent à côté de ceux de Laënnec, de Corvisart et de Broussais, dont ils ne sont évidemment que la continuation.

Arrivons de plus près à la médecine humorale, et par conséquent à la chlorose. Singulière médecine, qui fait d'un organisme vivant, aussi compliqué que celui de l'homme, une sorte d'éponge renfermée dans un sac, et que tantôt on exprime, tantôt on dilate à volonté. Et l'on s'imagine faire ainsi de l'hydrhémie, de l'anémie, de la chlorose ou de la chloro-anémie!! Versez, versez de l'eau, de la tisane aqueuse, et vous délaierez les humeurs, vous allongerez le sang, vous rendrez le sang hydropique, par un mécanisme culinaire facile à comprendre, l'homme n'étant autre chose au fond qu'un petit bateau à vapeur, dont la chaudière représente le cœur, les tuyaux les artères, les rames le système musculaire, et le gouvernail le système nerveux!! Et puis, l'aéromètre à la main, la médecine exacte vous dira : *six degrés et demi*, léger souffle; *sept degrés*, pas de souffle!!! Et si vous osez montrer quelque incrédulité, vous serez convaincu d'ignorance et d'impertinence publiquement! Etonnante hydraulique humaine! Mais, d'abord, M. Bouillaud s'est-il bien servi de l'aréomètre pour être autorisé à tenir un pareil langage? Que signifie cette mensuration grossière du sang sorti de la veine, c'est-à-dire déjà mort, d'individus actuellement atteints de maladies inflammatoires, de rhumatisme, de pneumonie, etc., ayant par conséquent des artérites ou des restes de phlogoses vasculaires? Rien absolument, car pour que l'expérience eût quelque valeur, il faudrait avant tout savoir, 1° en combien de temps l'eau donnée est absorbée; 2° si cette absorption est également rapide chez tous les patients; 3° si l'eau ne se décompose pas, ne se transforme pas, avant d'arriver dans le sang; 4° si elle reste dans le sang et combien de temps elle y reste; 5° combien de temps après l'ingestion la saignée a été faite, et dans quelles conditions se trouvaient les fontions secrétoires; 6° quelle était la température du sang au moment de l'expérience; 7° quel est d'ailleurs le type normal de la densité du sang chez l'homme bien portant pour juger des différences, etc., etc.? Nous venons de voir que les observations thermométriques de M. Bouillaud chez l'homme, n'étaient guère exactes; nous sommes obligés malheureusement d'en dire autant de ses recherches sur la densité du sang. Ce savant semble avoir oublié que l'eau qu'on boit ne reste pas dans le sang, qu'elle n'y entre pas d'ailleurs sans être digérée, transformée, à l'instar des aliments. Ainsi, on le voit, le fondement de la nouvelle doctrine, l'hydrémie, n'est en réalité qu'une hypothèse antiphysiologique, basée sur des données insoutenables, ridicules, sur des faits illusoires; nous disons *ridicules*, car tout ce qu'on enseigne aujourd'hui sur l'hydrhémie, la chlorose, la chloro-anémie, n'est ni clinique, ni médical, ni même scientifique, ainsi qu'on va le voir. Qu'on ne s'imagine pas que M. Bouillaud guérisse le moins du monde la chlorose à l'aide de ses côtelettes, de son vin de Bordeaux et de quelques atomes de fer! Non seulement il ne la guérit point, mais il ne peut la guérir; tant sa théorie l'a égaré de la vérité dans cette grave question. Les chlorotiques qui entrent pour cette maladie dans son service, sortent au bout d'un ou deux mois, à peu près dans le même état, plutôt ennuyés du séjour à l'hôpital que guéris de la chlorose. C'est du moins ce que nous croyons avoir vu depuis trois ou quatre mois que nous suivons son service; nous n'avons pu constater un seul cas de guérison réelle; et cela devait être. Nous repoussons d'avance sur ce sujet toute assertion contraire à la nôtre, par la raison qu'il s'agit ici d'une question de fait, et nous ne parlons en ce moment que de ce que nous avons vu de nos propres yeux.

Il y a peu de jours, M. le docteur Beau a écrit à l'Académie des sciences pour dire: qu'ayant fait des expériences sur les animaux, il avait trouvé qu'après les saignées répétées, si l'on donnait à boire de l'eau, il en résultait une polymie séreuse, sorte de plénitude du système vasculaire qui développait le pouls, provoquait des battements artériels et les bruits de ces vaisseaux. « Ces bruits résultent pour lui de ce que l'onde sanguine, rendue surabondante par la dilatation du cœur, vient produire un frottement exagéré contre les parois artérielles, en même temps qu'elle augmente la plénitude du pouls. » Ainsi, voilà encore un savant qui ose contredire la doctrine de M. Bouillaud. Il ne s'agit plus cette fois d'un défaut de la densité du sang ou des

globules, comme cause des bruits chloro-hydro-anémiques des artères; c'est la plénitude aqueuse, l'étouffement hydropique du sang qui, dilatant outre mesure le cœur, ébranle les artères, les fait battre comme une cloche de réfectoire! La doctrine de M. le docteur Beau pourrait se traduire ainsi: saigner, puis donner de l'eau, c'est produire comme une sorte de pot-au-feu qui bout trop plein! C'est toujours, comme on le voit, de la médecine *hydrolique*, et que quelque mauvais plaisant pourrait appeler *drôlique*! Il est étonnant qu'un observateur éclairé comme M. le docteur Beau, oublie qu'en saignant des animaux bien portants il les rend malades; qu'une réaction dynamico-vasculaire, sorte de fièvre inflammatoire, doit s'ensuivre par le fait du diséquilibre fonctionnel que les saignées occasionnent; que cette réaction dynamico-vitale donne lieu aux troubles, aux battements, aux bruits dont il parle; et que l'eau, la boisson qu'on fait prendre, n'a d'autre propriété dans ces circonstances, que d'agir comme un léger hyposthénisant, capable d'apaiser plutôt que de provoquer la plénitude, les battements dont il s'agit. Avons-nous donc besoin d'invoquer les premiers éléments de la physiologie pour appuyer cette critique? Nous parlons à des médecins; cela devient donc superflu. Rappelons-nous seulement que le sang ne se laisse pas allonger ou concentrer passivement par nos boissons comme une sorte de bouillon ou de consommé; que les artères elles-mêmes jouissent d'une vie, d'une force réactionnelle, propre, indépendante jusqu'à un certain point de l'action du cœur, et en vertu de laquelle elles réagissent sur le sang; que le sang lui-même est formé, créé, modifié, à chaque instant par l'action merveilleuse dynamico-vitale des artères, des veines, du cœur, des poumons, etc.; que le cœur lui-même ne se laisse pas ébranler comme un battant de cloche par quelques gorgées d'eau que l'on introduit dans l'estomac, ses fonctions, comme celles des artères, se rattachent à des conditions dynamiques propres, qui se jouent de ces théories hydrauliques. Nous reprendrons avec détails cette question de haute physiologie pathologique.

M. le professeur Bouillaud se fait une gloire d'avoir exhumé la médecine humorale; il commence par poser en fait, que la chlorose est une maladie du sang, et cela *a priori*, uniquement pour les besoins d'une idée systématique. « La chlorose, dit-il, la voilà, elle se voit, se touche, regardez les veines des mains. » Il ne se donne pas la peine de chercher si la maladie ne pourrait pas se trouver ailleurs, si l'état du sang qu'il suppose malade, ne serait qu'un effet plus ou moins secondaire d'une lésion occulte des solides. A quoi bon? Il nous faut des maladies humorales, la peau est pâle, les veines sont violettes, cela suffit! On peut cependant demander: Pourquoi ne faites-vous pas aussi de l'ictère une maladie du sang? La peau est jaune, le sang, les urines sont altérées! Effectivement, écoutez le savant professeur Forget de Strasbourg, qui sans être positivement humoriste, vous dit: « L'ictère simple est précisément une affection non seulement apyrétique, mais encore caractérisée par la lenteur du pouls, ce qui m'a fait comparer l'action de la matière colorante de la bile aux effets sédatifs de la digitale » (Gaz. des Hôp., 26 juin 1845). Merveilleuse inspiration! La bile a la même action que la digitale! Mais de grâce, où est-il donc démontré, que dans l'ictère, il y a passage de la bile du foie dans le sang, pour comparer ce fait à l'action de la digitale? Le foie est malade, il ne fonctionne pas, la bile n'est pas secrétée; et vous dites, toujours d'après les principes de l'humorisme: la bile passe dans le sang et agit comme la digitale. Nous disons, nous: les matériaux de la bile ne sont pas secrétés, ils sont rejetés par la peau et par les urines, à l'instar de tous les corps inassimilables; le système veineux est malade en même temps que le foie, le cœur droit se trouve engoué par la stase veineuse (veines caves), sa force aspirante est enchaînée; de là la lenteur du pouls. Voilà la digitale de M. Forget! —Pourquoi, d'autre part, ne fait-on pas de la maladie de Bright une maladie de sang, puisque ce liquide abandonne son albumine par masses? Pourquoi l'œdème, l'hydropisie ascite, ne sont-ils pas rattachés à la médecine humorale, puisqu'ils se prêteraient merveilleusement à la même doctrine que la chlorose, l'hydrhémie, la chloro-anémie? C'est qu'ici on a des lésions matérielles qui mettent en déroute l'humorisme! Mais, est-ce que vous croyez que ces lésions matérielles manquent dans la chlorose? Nous vous démontrerons qu'elles existent, qu'elles sont aussi patentes que celles qu'on rencontre dans l'albuminurie, dans l'ictère, dans l'hydropisie et dans une foule d'autres maladies, et qu'il faudrait renoncer à la plus saine physiologie pour admettre aujourd'hui des maladies isolées dans le sang. Vous nous taxez de vouloir tout expliquer; mais, quand vous venez nous dire que les battements des artères et du cœur des chlorotiques sont des phénomènes nerveux, n'avons-nous pas le droit de vous demander, qu'est-ce, une pareille théorie? Que le vulgaire croie que telle affection est une maladie du sang, que telle autre est une maladie des nerfs, cela doit lui suffire; mais les savants qui ont pour sujet d'étude les lois qui régissent l'organisme sain ou malade, ne peuvent se contenter de ces mots vagues, et il se pourrait que la névrose artérielle de M. Bouillaud fût tout aussi arbitraire que sa prétendue névrose des fièvres intermittentes. On croyait aussi autrefois que la sciatique était une névrose essentielle, c'est-à-dire une maladie *sine materia*; on sait cependant, depuis Cotugno, qu'il s'agit d'une névrilémite, et il en est de même de toutes les névralgies et même des douleurs qu'éprouvent les chlorotiques. L'esprit d'absolutisme humoral est poussé si loin par M. Bouillaud, qu'il n'admet pas qu'on puisse guérir la chlorose sans les préparations martiales, ni par toutes les préparations ferriques. Il établit en principe que ce sont les composés ferriques qui entrent dans le sang à l'état d'oxyde qui se fixent aux globules et qui guérissent. Le sulfate de fer, par exemple, qui revient par les urines, ne peut guérir la chlorose, selon lui; cette théorie singulière a été imaginée par un chimiste, et M. Bouillaud l'a adoptée! Ce chimiste est M. Mialhe. Demandez-lui sur quels faits cliniques il l'a basée; il n'en sait rien! Cette théorie est aussi exacte que celle par laquelle M. Mialhe prétendait que le calomel se convertissait en sublimé corrosif chez les mangeurs de sel marin; M. Mialhe avait oublié une chose, c'est qu'il fallait pour cela une température beaucoup plus élevée qu'elle ne se trouve dans le corps, et en outre la conversion des organes vivants en cornues inertes! Nous avons eu beau affirmer à M. Bouillaud que c'était une erreur, vu que nous avions guéri nous mêmes des chloroses à l'aide du sulfate de fer, et même sans fer, par les seuls composés alcalins (bicarbonate de soude dans de la limonade), et qu'il pouvait en faire lui-même l'expérience à sa clinique, puisque cela n'entraînait aucun danger. Sa réponse a été: qu'il ne pouvait agir contrairement à ses convictions, ce qui veut dire pour nous qu'il croit à son infaillibilité. Dès lors, il nous serait difficile de savoir quelles espèces de preuves il faudrait pour ébranler ses convictions.

Il est important, avant d'aller plus loin, de déterminer, s'il est possible, 1° quelle est la quantité absolue de sang nécessaire aux fonctions normales; 2° quelle est la proportion du fer contenue dans le sang; si elle ne varie point

sans que les fonctions cessent d'être normales; 3° quels sont l'état, les proportions des globules du sang durant la santé; 4° s'il est possible de rien déduire de ces inspections à l'état pathologique, relativement à la nature et au traitement des maladies. C'est ce que nous nous efforcerons de faire dans le prochain numéro.

DOCUMENTS PRATIQUES.

La diathèse asthénique, ou l'hyposthénie légitime. — Dans le dernier numéro, nous avons défini ce qu'on devait entendre par *capacité morbide* dans le sens de la médecine italienne, et les applications cliniques qu'on en faisait journellement dans les hôpitaux de la Péninsule. Nous voulons aujourd'hui préciser la valeur du mot *diathèse asthénique*, dont il a été question dernièrement, et relever tout le parti avantageux que l'école dynamique retire pareillement de cette connaissance générale. Pour éviter les circonlocutions et les abstractions, plaçons-nous en face d'un malade qui offre la condition que nous voulons définir, et l'on aura de suite saisi le sujet de cet article. Nous demandons la permission d'invoquer, cette fois, un fait récent de notre pratique, comme type des considérations que nous allons exposer, les exemples de ce genre qu'on peut rencontrer dans les hôpitaux, n'étant pas appréciés ni traités à notre point de vue, ne sauraient être ni assez complets, ni assez concluants pour notre démonstration. On a dû remarquer, au reste, que pour donner à nos articles le plus d'authenticité et de valeur possible, nous préférons généralement les faits officiels des hôpitaux, suivis par conséquent par beaucoup d'observateurs, et dont on pourra toujours contrôler l'exactitude. Nos habitudes d'indépendance ouvrent d'ailleurs nos colonnes à toutes les réclamations loyales dont le but est de rétablir la vérité.

Un enfant âgé de cinq à six ans, bien constitué et bien portant, a été, dans la matinée du 23 juillet dernier, renversé par un cabriolet surmonté de deux personnes. Il est tombé à plat-ventre, et une roue lui a passé transversalement sur le dos, au-dessous des omoplates. Il en est résulté un écrasement de la poitrine, surtout de la partie inférieure du poumon droit, mais sans plaie ni fracture. L'enfant a reçu les premiers secours sur place par un médecin appelé par l'autorité, puis il a été transporté chez ses parents, et le médecin de la famille, M. le docteur Fournier-Deschamps, a été mandé. On a constaté des contusions ecchymosiques à la poitrine, une dyspnée extrême et une fièvre intense. M. Fournier-Deschamps a prescrit : le premier jour, huit sangsues à la poitrine et quelqnes prises de calomel; le lendemain, quatre autres sangsues; le surlendemain, quatre sangsues encore; le troisième jour, encore quatre sangsues. Total, vingt sangsues en trois jours ; plus, quelques prises de calomel, des boissons rafraîchissantes et une diète absolue. — Le 26, commencement du quatrième jour (ou troisième jour révolu), nous avons reçu, à cinq heures du matin, une missive par laquelle notre confrère M. Fournier-Deschamps nous priait de nous trouver avec lui auprès du petit malade. L'enfant était dans un état alarmant : il offrait une anxiété extrême, dyspnée excessive, respiration précipitée, incomptable, pouls idem, prostration tellement grande qu'on ne peut qu'à peine un instant le tenir sur son séant, chaleur fébrile intense, physionomie décomposée, subdelirium; lamentation incessante. Matité peu étendue à la région thoracique droite en arrière et en bas. Le reste de la poitrine offre à la percussion une sonoréité exagérée. L'auscultation fait constater du tintement métallique en avant; léger retentissement de la voix en arrière, à droite; la respiration ne s'exécute que par les grosses bronches seulement ; ventre tendu, douloureux au toucher; langue pointue, rouge à la pointe, saburrale à la base, plutôt sèche. Nous avons diagnostiqué un emphysème pulmonaire avec engouement pneumonique (pneumonie au 1er degré) et épanchement dans la cavité pleurale droite, avec ecchymoses probables dans le tissu pulmonaire par le fait même de la contusion, la cage thoracique chez les enfants étant très élastique, se laissant comprimer sans se fracturer; nous avons rappelé à notre confrère un cas de ce genre rapporté par Morgagni, concernant un enfant dont le poumon avait été écrasé par une grosse roue de voiture, jusqu'à l'asphyxie, sans que les côtes se fussent fracturées. D'accord avec M. Fournier-Deschamps, nous avons fait faire une nouvelle application de sangsues au nombre de quatre, sur le devant de la poitrine droite, puisqu'en arrière la chose était inexécutable; du calomel à la dose de dix centig. (deux grains) toutes les trois heures. Diète absolue, comme précédemment. Boissons rafraîchissantes. — Le soir, vers les huit heures, nouvelle réunion; l'enfant n'allait pas mieux; la dyspnée était peut-être plus intense, la prostration plus grande encore, la fièvre et les autres phénomènes persistaient au même degré. Ventre très chaud, assez ferme au toucher, médiocrement bâlonné. On avait déjà administré dans la journée quarante centig. (huit grains) de calomel; il y aurait eu deux garde-robes; les sangsues n'avaient donné que peu de sang. Le cas nous a paru désespéré; cependant il n'était pas douteux que la seule méthode applicable était celle qu'on avait suivie dès le début de la maladie; comme le pouls offrait encore de la force, il a été convenu avec M. Fournier-Deschamps d'agir plus vigoureusement; notre prescription a donc été la suivante : Appliquer *illico*, huit sangsues sur le côté droit de la poitrine *et en surveiller les effets;* donner de suite dix centig. (deux grains) de kermès minéral, dans un peu de confiture, à répéter de quatre en quatre heures; dans les intervalles de ces prises, un paquet de nitrate de potasse à titre d'hyposthénisant cardiaco-vasculaire. Un grand vésicatoire cantharidé au dos, comprenant tout le côté droit de la poitrine, d'après un patron en papier que nous avons taillé. Les sangsues ont saigné très abondamment; le kermès et le nitre ont été tolérés d'abord, mais après la seconde ou la troisième dose, des vomissements effrayants sont survenus, l'enfant a pâli, son corps s'est réfroidi, s'est couvert de sueurs froides et visqueuses, il a cessé de se plaindre, et il est tombé dans cet abattement qui précède la mort. Il est resté dans cet état jusqu'à notre réunion du lendemain matin, 27, à sept heures. Nous avons trouvé le petit malade dans l'hyposthénie franche la plus complète, que nous allons décrire, par le fait de la médication trop énergique qui avait dépassé les limites de la tolérance ou de la capacité morbide, et cet excès tenait évidemment à l'écoulement trop abondant du sang et à la persistance de l'administration des remèdes, circonstances qui n'auraient certainement pas eu lieu, si un médecin instruit eût pu être présent dans cette administration, si la prescription eût été exécutée dans le jour, ou si la garde-malade l'eût mieux comprise; mais le cas était si urgent, si désespéré, que l'on a cru pouvoir insister sans inconvénient au-delà des termes de

l'ordonnance. Voici dans quel état nous avons trouvé le petit malade.

Pâleur cadavérique générale. Position demi-inclinée latérale du corps et de la tête. Lipothimies continuelles. Paupières à demi-fermées. Yeux tournés en haut; pupille naturelle, pas d'injection irienne ni conjonctivale. Disparition complète de la fièvre. La peau est fraîche partout, froide aux membres inférieurs et supérieurs. Sueurs au front et aux tempes. Pouls petit, misérable, mou, fluctuant, lent (60 environ). Battements du cœur à peine perceptibles à l'oreille. Respiration très lente, douce, intermittente; l'air passe assez bien dans les vésicules pulmonaires; le tintement bronchique *a complétement* disparu; la percussion donne une sonoréité presque normale en avant; en arrière la poitrine n'a pu être examinée. La dyspnée a considérablement diminué. Ventre très balonné, tympanique, indolore à la pression partout. Pas de garde-robes depuis 24 heures. Langue humide, molle, plate. Vomissements incessants des boissons aqueuses qu'on lui administre depuis quelques heures; ces vomissements ont lieu à l'instant même de l'entrée du liquide dans l'estomac, comme par une véritable régurgitation; la chose a été répetée sous nos yeux en donnant à l'enfant un peu d'eau sucrée, elle a été rejetée aussitôt et aussi claire, aussi froide qu'elle avait été prise. L'enfant présente de légers mouvements vermiculaires aux doigts, analogues à ceux d'une personne qui joue du piano. L'intelligence est nette; le petit patient répond aux questions en ouvrant les yeux et en sortant de l espèce de demi-coma ou d'insensibilité dans laquelle il se trouve. Tel était l'état alarmant dans lequel nous avons trouvé le petit malade, le 27, à sept heures du matin. Nous avons fait bien couvrir l'enfant avec des couvertures en laine, fermer les croisées qui donnaient un air froid dans la chambre, et nous nous sommes retirés dans une pièce à part pour délibérer. Cette délibération nous a retenus plus d'une demi-heure; c'est que nous n'étions pas d'accord sur la nature des phénomènes que l'enfant présentait et les indications à remplir. Le désaccord était si complet que nous avons été sur le point d'invoquer les lumières d'autres consultants. Voici ce qui s'est passé. (Nous publions ces détails intéressants avec la permission formelle de M. Fournier-Deschamps.) Il s'agit ici d'une question de vie ou de mort, à l'occasion d'un fait, qui peut se reproduire à chaque instant dans la pratique.

L'opinion soutenue par M. Fournier-Dechamps a été celle-là même qu'on trouve consignée dans nos meilleurs livres classiques, et que plusieurs de nos maîtres enseignent pour les cas de ce genre, savoir, que les phénomènes actuels que l'enfant présentait, c'est-à-dire le vomissement, le balonnement abdominal, le coma, etc., dépendaient d'une gastro-entérite occasionnée par l'action irritante, locale du kermès et du nitre administrés la veille. En conséquene de ce diagnostic, il proposait les antiphlogistiques, en particulier l'usage intérieur de la glace. — Nous avons, de notre côté, diagnostiqué une diathèse asthénique ou une hyposthénie légitime au plus haut degré, et pronostiqué une mort prochaine par le seul fait de cet état général, si on n'avait pas recours immédiatement à une médication stimulante propre à relever l'action du cœur, ce qui ne devait pas empêcher de revenir au traitement de la condition mécanique ci-dessus énoncée du poumon aussitôt que la réaction salutaire aurait été obtenue. En conséquence de cette manière de voir, nous avons proposé l'usage de l'eau distillée de canelle par bouche, du laudanum en lavement, à titre de stimulants; d'un peu de vin de Madère au besoin, et des frictions chaudes sur les membres. — Par suite de ces avis diamétralement opposés, en présence d'une mort imminente, nous avons dû naturellement nous éclairer réciproquement par l'examen des motifs de notre jugement respectif, et arriver promptement à l'adoption d'une prescription, que les parents attendaient avec anxiété, et de laquelle dépendait en effet le dernier souffle de la vie de l'enfant. L'opinion de notre confrère était basée sur sa longue expérience clinique. On voit, en effet, dans les gastro-entérites arrivées à une certaine période, des phénomènes analogues aux précédents; et comme les caractères qui les différentient de ceux de l'hyposthénie franche ne sont signalés nulle part dans nos livres classiques, M. Fournier-Deschamps était parfaitement en règle dans sa manière de voir. En homme éclairé cependant il a de suite saisi la force des observations que nous lui avons soumises; dans la gastro-entérite, en effet, le ventre est douloureux et chaud; chez notre malade, au contraire, il était indolore et presque froid. — Là, la peau est ordinairement sèche et rude, souvent animée, et s'il y a quelquefois sueur, elle est fine, par petites gouttelettes, peu abondante, chaude et comme exprimée forcément des extrémités artérielles; chez notre malade, au contraire, la sueur était froide, à grosses gouttes, abondante, véritablement passive, par relâchement du réseau vasculaire périphérique, et, en outre, la peau était molle, athermale, d'une pâleur cadavérique. — Là il y a fièvre, avec un pouls *systolique* très prononcé, c'est-à-dire avec prédominence de la contraction artérielle, serré, profond, dur, fréquent; chez notre malade, au contraire, le pouls était flasque, mou, fluctuant, *diastolique*, vermiculaire, intermittent, presque imperceptible, et sa fréquence tenait aux contractions incomplètes du cœur et des artères. — Là le balonnement abdominal est douloureux au toucher et s'accompagne soit de constipation, soit de selles douloureuses, avec épreintes, avec chaleur énervante; chez notre malade, au contraire, le balonnement était indolore, et les garde-robes, qui n'existaient pas encore au moment de l'examen, mais que nous avons annoncées comme imminentes, et qui n'ont pas manqué en effet, étaient tout à fait muco-séreuses, fréquentes, passives, abondantes, sans coliques et sans odeur. — Là l'autopsie dévoile des restes phlogistiques, matériels, connus; chez notre malade, au contraire, les intestins, l'estomac et le péritoine devaient être blancs comme du papier, ainsi que nous les avons constamment rencontrés chez les animaux que nous avions mis tant de fois dans les mêmes conditions à l'aide de saignées et de fortes doses soit de nitrate de potasse, soit de composés antimoniaux. — Là le délire et le coma s'accompagnent de symptômes de congestion cérébrale (injection oculaire, battements temporaux, altération de l'intelligence, chaleur céphalique, etc.); chez notre malade, au contraire, l'intelligence était nette, le front frais, le coma était plutôt un état d'insensibilité ou d'anéantissement passif, véritable lipothimie continue. — Là les vomissements s'accompagnent de grands efforts, ne sont pas répétés à des distances très rapprochées, et les boissons aqueuses par petites doses sont tolérées, les boissons alcooliques et opiacées les provoquent avec une grande violence; tandis que chez notre malade, au contraire, l'eau était rejetée à l'instant même aussi froide qu'elle était en entrant, et sans effort, et nous avons prédit que les boissons stimulantes seraient retenues et arrêteraient les vomissements, ce qui n'a pas manqué en effet. Ce parallèle, esquissé à la hâte, avec le ton d'une profonde conviction, a naturellement fait réfléchir notre confrère, et en homme consciencieux, M. Fournier-Deschamps a consenti à notre prescription, tout en faisant sagement ses réserves. Nous même, n'ayant voulu prendre aucune respon-

sabilité sur l'issue de la maladie, vu la gravité extrême du cas, nous avons engagé notre confrère à revoir le petit malade dans le courant de la journée, et de suspendre tout à fait la médication stimulante s'il n'y aurait pas de mieux. On comprend, en effet, qu'il est une limite au delà de laquelle la médication la mieux choisie reste sans effet, les ressorts dynamiques n'étant plus en état de réagir, l'absorption elle-même étant abolie. Notre prescription a donc été formulée de la manière suivante : 1° Pr. eau distillée de canelle, 15 gm. (demi-once); eau commune, 60 gm. (deux onces); sirop d'écorce d'oranger, 30 gm. (une once), à prendre par cuillérées rapprochées, de manière à consommer le tout en quelques heures; 2° un lavement de quatre en quatre heures, composé de 5 gouttes de laudanum et de 80 gm. d'eau; ajoutez, au besoin, un peu de vin à l'eau de canelle pure, si la potion précédente a été vomie.

Chose admirable! l'eau de canelle a arrêté le vomissement à l'instant; elle a été parfaitement retenue, tolérée. Quatre heures après, lorsque M. Fournier-Deschamps est retourné visiter le petit malade, le mieux était marqué, l'enfant avait ouvert les yeux, il parlait et criait, le pouls s'était relevé, la chaleur dermique avait reparu, le ventre s'était débalonné. On a continué dans les mêmes moyens. A notre réunion du soir, l'amélioration était déjà si grande que des espérances de guérison ont pu être conçues : la réaction était franche, peau chaude et moite, pouls plein, mou, mais plutôt lent; respiration libre partout en avant, pas d'anxiété, pas de dyspnée; en arrière, la poitrine n'a pu être examinée; ventre affaissé, souple, indolore. Comme la peau était déjà chaude et que nous craignions une réaction inflammatoire du côté des poumons, malgré que les symptômes d'épanchement eussent déjà en grande partie disparu, nous avons, d'accord avec M. Fournier-Deschamps, remplacé l'eau de canelle et les opiacés par du bouillon chaud que l'enfant a pris dans le courant de la nuit avec une avidité extraordinaire. Néanmoins, sachant par expérience que, dans les cas de ce genre, il faut toujours se méfier du fond hyposthénique dont les phénomènes reparaissent si l'on n'insiste pas assez sur les stimulants, nous avons prescrit *conditionnellement* les mêmes remèdes que le matin pour être sous la main, le cas échéant. Notre prévision s'est effectuée, le petit malade ayant pâli de nouveau vers minuit, eu des lipothimies répétées, des selles aqueuses; on a eu recours à la potion stimulante, aux lavements laudanisés, et l'orage a été dissipé de nouveau. — Le jour suivant, 28, le petit patient était beaucoup mieux; il demandait à manger; le pouls, la respiration, s'offraient dans des conditions satisfaisantes. On accorde un potage gras au tapioka, du bouillon chaud que l'enfant dévorait. Continuer l'eau de canelle à des distances éloignées. Dès ce moment, la convolescence a été assurée. Les jours suivants, le mieux a été progressif. Le 30, nous avons cessé de voir l'enfant; mais M. Fournier-Deschamps, qui l'a suivi consécutivement, nous a assuré que l'avidité du petit patient pour les aliments était vraiment extraordinaire, insatiable : c'est le propre des convalescents de diathèse asthénique. Guérison.

Cette observation n'aurait pas mérité les honneurs d'une exposition aussi détaillée, si elle n'eût pas été choisie comme type des conclusions que nous entendons poser dans cet article. Les exemples d'hyposthénie légitime ou de diathèse asthénique (ces deux expressions sont synonymes) sont beaucoup plus fréquents qu'on ne croit, mais ils sont mal caractérisés, méconnus même dans les systèmes adoptés dans la pratique officielle, et bien des malades succombent malheureusement en passant par toutes les phases de cette diathèse, alors que le médecin croit voir des phénomènes d'excitation, de phlogose, d'hypersthénie ou de prétendues névroses, et agit dans le sens même de la maladie par des remèdes hyposténisants, ou bien il administre, n'importe d'après quels principes, des médicaments qu'il croit toniques, tels que la glace, le bain froid, etc., alors que leur action véritable est asthénisante. Il en résulte la précipitation des malades au tombeau et qu'on aurait pu assez souvent sauver peut-être en suivant des principes mieux basés, plus exacts. C'est là malheureusement où conduit le chaos, l'absence de notions précises qui règne aujourd'hui généralement sur l'action des médicaments et des poisons. On peut voir dans ce numéro trois exemples non moins remarquables que le précédent d'hyposthénie franche, aiguë, arrivée au maximum d'intensité et côte à côte avec la mort, guéris merveilleusement et comme d'un coup de main, à l'aide de la médication stimulante bien entendue d'après les principes dynamiques (voy. l'art. *Toxicologie*). Dans le cas que nous avons rapporté, l'on avait affaire d'abord à une maladie inflammatoire parfaitement circonscrite, accompagnée de conditions mécaniques récentes, guérissables, et d'une réaction hypersthénique générale, arrivée au maximum d'intensité; les fonctions les plus essentielles à la vie étaient accablées par le mal (respiration, circulation, innervation), la médication antiphlogistique ordinaire était restée au dessous de l'affection et l'on était menacé d'une mort imminente. La faiblesse apparente des fonctions organiques ne pouvait faire méconnaître les véritables indications curatives; il fallait ou agir plus énergiquement que les jours précédents, ou se résigner à une mort certaine. Les remèdes dynamiques, hyposténisants, étaient notre seule puissance réelle; le but a été atteint, il a même été dépassé, non par faute de l'art ni de l'artiste, mais par des exécuteurs inhabitués, et par des circonstances insolites qu'on peut sûrement éviter. On a donc dépassé les limites de la tolérance, de la capacité morbide, et l'on est ainsi passé d'une diathèse à une autre diathèse opposée; et, chose étonnante, dans ces entrefaites, durant la période d'hyposthénie extrême, la maladie pulmonaire qui avait été le point de départ des orages précédents a complétement disparu par résolution.

Nous le répétons, la sursaturation de l'organisme par les remèdes énergiques qu'on administre pour combattre une maladie n'arrive *jamais* dans la pratique ordinaire, quand on peut suivre de près le patient et qu'on ne se trouve pas dans les conditions exceptionnelles de l'enfant dont nous venons de parler; mais ce cas lui-même et les trois autres que nous rapportons à l'article toxicologie dans ce numéro, ne sont-ils pas le triomphe de l'art, de la thérapeutique dynamique, des découvertes du génie immortel de Rasori? Eh! qu'on ne vienne pas nous dire : Vous ne faites que du dualisme, du chaud et froid, du strictum et laxum, etc.! Nous avons déjà répondu plu-

sieurs fois à cette objection sur laquelle le préjugé sinon le mauvaise vouloir, se parque sans cesse pour rejeter sans examen les faits fondamentaux qui ont ouvert à la médecine une ère nouvelle, qui ont arraché à la mort des milliards de victimes, et qui doivent, soyez-en certain, gouverner, le sceptre à la main, le monde médical, comme le soleil gouverne le monde physique. Est-ce vraiment aux enfants légitimes de Morgagni, aux créateurs de l'anatomie pathologique qu'on oppose de pareilles fins de non recevoir? C'est un malheur réel pour la science, pour la société, un malheur déplorable pour les savants eux-mêmes, qui se laissent entraîner ainsi par la prévention, par le préjugé, dans des croyances aussi fausses que ridicules! Répétons encore ici une fois pour toutes : le dualisme soit pathologique, soit thérapeutique, n'est dans nos études, dans notre pratique, qu'un élément infinitésimal, une expression générique, indiquant l'état diathésique de l'organisme, quand il y a seulement trouble général. Le problème de chaque prescription se rattache aux conditions physiologico-pathologiques et mécaniques de l'organe affecté, et aux idées que les expériences nouvelles ont dévoilées sur les actions dynamique, générale et élective des médicaments. N'en avons-nous pas donné la preuve dans les articles sur l'épilepsie et sur la fièvre intermittente du dernier numéro?

Dans son expression la plus élevée, l'hyposthénie franche ou la diathèse asthénique, quelle que soit d'ailleurs son origine, par maladie primitive, par hémorrhagies répétées, par un poison asthénisant, par un traitement antiphlogistique outré, etc., peut être formulée ainsi : une diminution de la force qui préside aux fonctions organiques; diminution progressive jusqu'à l'insensibilité, jusqu'à l'extinction de la vie; diminution caractérisable mathématiquement par l'état fonctionnel des organes, par le rhythme des fonctions organiques qui en dépend immédiatement. Etudiée dans les différents appareils de l'économie, l'hyposthénie s'offre avec des caractères constants au fond, mais variables dans leurs manifestations extrinsèques, suivant son degré d'intensité, l'état de santé ou de maladie préexistant à l'action hyposthénisante, la direction élective de cette même action, l'âge, la constitution et le sexe même du patient. Tout ceci n'est pas un vain étalage de lieux communs; le développement de ces énoncés, l'exposition des véritables caractères physiologiques de la diathèse asthénique sur les systèmes circulatoire, dermique, respiratoire, nerveux, sur les organes secréteurs et excréteurs, sur la thermalisation dermique, etc., sont parfaitement définis, démonstratifs, le compas à la main, pour ainsi dire; nous aurons l'occasion de mettre ces nouvelles études en relief dans ce journal, avec les plus grands détails possibles. Ce que nous voulions, quant à présent, c'était de définir pratiquement le mot hyposthénie ou diathèse asthénique dans son véritable sens dynamique. On voit déjà que ce mot représente un fait clinique d'une grande importance; qu'il ne s'agit ici ni d'un brownisme renversé, ainsi qu'on se l'imagine, ni d'un autre système quelconque. Un système, c'est poser *à priori* un principe absolu et forcer les faits à s'enchaîner à ce principe; mais quand un observateur sublime a su saisir un fait fondamental nouveau, qui est devenu plus tard un principe par des faits accumulés de même espèce: quand cet observateur a reconnu expérimentalement enfin qu'il existe dans la nature des agents véritablement controstimulants; que ces agents n'opèrent pas par leur action locale, mais bien par leur action dynamique, consécutive à l'absorption, il a, sans s'en douter, ouvert une ère nouvelle à la science, changé la face de la thérapeutique, et résolu un problème auss hardi peut-être que celui de Colomb, aussi difficile que celui que le roi de Syracuse, Hieron, confia à la sagacité d'Archimède. Ceci paraîtra, sans doute, d'une exagération exorbitante, aux personnes qui ignorent ou méconnaissent les conséquences immenses de la découverte de Rasori; mais qu'on veuille bien se représenter les monceaux de victimes qu'accumulait naguère le système de l'action locale des remèdes et des poisons, le seul connu en France jusqu'à l'époque où nous avons osé, à nos risques et périls, arborer le drapeau du dynamisme!....

CLINIQUES CHIRURGICALES.

QUESTIONS SPÉCIALES.

La paralysie du muscle grand dentelé et des autres muscles scapulo-thoraciques et scapulo-huméraux qui contribuent plus ou moins à la formation ou aux mouvements du moignon de l'épaule, constitue un fait rare à peine décrit, à peine étudiée. Un exemple remarquable de ce cas se présente en ce moment à Saint-Louis (service de M. Jobert); nous l'avons examiné, suivi avec soin, et nous avons saisi cette occasion pour nous livrer à quelques recherches dont nous allons soumettre les résultats à nos lecteurs. Exposons d'abord le fait tel qu'il se présente en ce moment dans les salles de M. Jobert.

Un jeune homme âgé de 23 ans, Hongrois de naissance, au teint basané, de petite taille, très musclé, très fort, exerçant à Paris la profession de forgeron carossier, habituellement bien portant, n'a jamais eu de paralysie ni d'autre maladie. Il y a six semaines environ, il était occupé à un ouvrage très pressé; pour hâter sa besogne, il se mit à frapper à coups redoublés une barre de fer à l'aide d'un marteau excessivement pesant. Pendant ce travail, il sentit une douleur très vive derrière l'épaule du côté droit, avec une sorte de craquement dans cette partie, et une grande faiblesse dans le bras correspondant. Il a dû pour le moment cesser son travail, mais le lendemain il l'a repris. Néanmoins son bras s'était beaucoup affaibli, il ne pouvait qu'à peine lever un marteau ordinaire; ses camarades se sont aperçus d'une bosse qu'il présentait derrière l'épaule et ils l'ont décidé à garder le repos et à se faire soigner. Il est resté chez lui pendant trois semaines, espérant que la force reviendrait dans son bras; la faiblesse en effet a diminué, mais pas assez pour que le patient pût reprendre son travail; la bosse sca-

pulaire que ses camarades avaient remarquée, était restée la même; dès lors, il s'est décidé à entrer à Saint-Louis, où il est depuis trois semaines. M. Jobert, qui avait déjà rencontré avec Richerand un cas pareil, a de suite diagnostiqué une paralysie du muscle grand dentelé! Voici comment la lésion se présente. Le patient est assis sur son séant dans son lit, le coude appliqué contre le tronc; l'omoplate fait en arrière une bosse considérable, à l'instar, à peu près, de certaines déviations latérales de la colonne vertébrale; cependant, en examinant cette colonne, on ne trouve pas de déviation, et l'on s'aperçoit aisément que le bombement est formé par le scapulum lui-même, qui n'est plus fixé contre le thorax. Cet os, en effet a subi un mouvement de bascule en avant, son bord vertébral s'est relevé, surtout à son angle inférieur, et fait une forte saillie sous la peau, à peu près de 9 centimètres (3 pouces), tandis que son bord axillaire s'est affaissé vers la mamelle, de dehors en dedans et de haut en bas. Le moignon de l'épaule est lui-même aplati par suite de ce mouvement de bascule de l'omoplate. La saillie du bord vertébral de l'omoplate est tellement grande qu'on peut accrocher ce bord à pleine main et attirer tout le tronc par là, absolument comme on empoignerait un petit coffre. C'est donc cette saillie qui constitue la difformité remarquable dont il s'agit, et forme le caractère le plus saillant de la maladie. Si l'on engage le patient à lever le bras en l'air, il ne peut le faire qu'à demi, comme s'il y avait en même temps une paralysie incomplète du deltoïde; mais cette impuissance paraît tenir au déplacement de l'omoplate, et au peu d'appui solide que trouvent les muscles du bras, qui ont des connections avec l'omoplate; c'est peut-être à cela qu'on doit rattacher la difficulté que le patient éprouve à se servir de son bras, à travailler, etc. Pendant que le bras est élevé, la saillie du bord spinal du scapulum diminue, et cet os devient très mobile sous la peau, comme s'il eût perdu toutes ses attaches musculaires, à tel point que nous avons pu saisir l'angle inférieur de l'omoplate avec les doitgs, le pousser en dehors et le faire glisser jusque dans le creux axillaire. Pendant cette manœuvre, l'angle supérieure ou glénoïdal remontait à vue d'œil et se jetait en arrière, en entraînant la tête humérale avec lui. Pas la moindre douleur au reste, ni pendant le repos, ni pendant ces tâtonnements. Tels sont les phénomènes principaux que ce malade présente. Ainsi, si ce diagnostic est exact, on peut résumer ainsi les symptômes précédents: Relâchement des liens qui fixent le scapulum au thorax et saillie complète de son bord spinal, formant bosse en arrière; mobilité extraordinaire et glissement possible de son angle inférieur vers le creux axillaire; demi-impuissance de l'action musculaire du bras, par suite de l'abaissement de l'angle glénoïdien de l'omoplate. On a prescrit sur tout l'omoplate, et au niveau des vertèbres, des frictions avec de l'huile de croton tiglium, et le patient croit déjà sentir un peu plus de force dans le membre; mais cette amélioration n'est pas bien manifeste jusqu'à présent.

—P. S. Aujourd'hui, 19 août, nous avons examiné de nouveau ce malade. Sa paralysie persiste au même degré si elle n'a pas même augmentée; elle paraît positivement bornée au grand dentelé, les autres muscles exerçant manifestement leurs contractions. L'omoplate est tellement saillant en arrière qu'il rappelle la forme de l'aîle des grands oiseaux. On peut enfoncer les doigts sous le scapulum du côté du bord spinal, et aussi du côté de l'aisselle où l'on trouve une masse charnue, flasque, formée évidemment par le grand dentelé relâché. En levant fortement le bras on peut faire passer le presque tout l'omoplate dans l'aisselle, il s'y laisse entraîner comme s'il avait perdu toutes ses attaches, et il s'éloigne ainsi de la colonne vertébrale.

Bien étudiée, cette affection offre de la ressemblance avec la luxation de la rotule par paralysie des muscles extenseurs de la jambe. On peut en effet, jusqu'à un certain point, comparer le muscle grand dentelé au crural antérieur et l'omoplate à la rotule. Le mouvement de bascule que le scapulum présentait dans ce cas, pourrait, sans une grande exagération, être considéré comme une sorte de luxation spontanée. Un parallèle analogue pourrait être établi entre l'omoplate et l'os hyoïde. Pour saisir clairement la maladie en question et le mécanisme des phénomènes que nous venons de décrire, il est indispensable de se bien rappeler la disposition anatomique du muscle grand dentelé, et ses relations fonctionnelles avec les autres muscles qui s'attachent au scapulum. A l'égard de ce dernier point cependant, les auteurs sont loin de s'entendre. M. Cruveillier, M. Bourgery, émettent des opinions diamétralement opposées. Sabatier, lui-même, diffère aussi sur quelques points de Winslow. Ces deux auteurs, cependant, sont incontestablement plus détaillés et plus exacts que d'autres modernes dont nous avons consulté les ouvrages. Rappelons d'abord que le grand dentelé est un muscle membraneux, épais, large, puissant, sorte d'éventail charnu, placé entre l'omoplate et le thorax, analogue au grand pectoral, et s'étendant largement d'arrière en avant sur les côtes, depuis le bord vertébral de l'omoplate, jusqu'à peu de distance de la portion cartilagineuse des côtes. Dans son attache rayonnée ou antérieure, il s'étend à toutes les vraies côtes, et souvent à une ou deux des premières fausses. En arrière, il se fixe à tout le grand bord scapulaire que nous venons d'indiquer. Sa puissance est immense et elle résulte de plusieurs actions combinées sur lesquelles nous ne pouvons nous arrêter pour le moment. Disons seulement que ses actions portent toutes sur le bord rachidien de l'omoplate lorsque la portion rayonnée fixée aux côtes lui sert de point d'appui. Il fixe ainsi l'épaule en l'élevant. « C'est lui, dit Winslow, qui est le principal auteur des usages de l'épaule, et sans lequel il est impossible d'expliquer comment on peut soulever et soutenir par l'épaule des fardeaux extrêmement pesants, dont on voit très souvent les ouvriers être chargés. » Ces seules remarques donnent déjà la clé des désordres que doit entraîner la paralysie de ce muscle. D'une part, en effet, l'épaule a perdu son agent principal, son soutient, son arc-boutant; de là affaissement, impuissance. De l'autre, les muscles qui contrebalançaient le grand dentelé (muscles dont l'action opposante a été parfaitement étudiée par Winslow), savoir, le rhomboïde, le petit pectoral, une partie du trapèze et l'angulaire ou élevateur, n'étant plus équilibrés par lui, entraînent le bord basilaire de l'omoplate dans la direction vicieuse que nous venons de décrire. On comprendra aisément cette conclusion si l'on veut bien s'identifier avec les belles considérations de cet auteur, sur l'action des muscles de l'épaule.— Cela posé, reste maintenant à savoir comment la cause

dont il a été question a pu produire la paralysie du grand dentelé chez ce malade. Est-ce par simple distension? Mais alors on ne comprend pas trop comment cette action ait pu se borner à ce muscle, et comment cette paralysie ne se produirait pas plus souvent. La science possède d'autres cas de paralysie du grand dentelé, mais par des causes différentes et enveloppées d'obscurité. L'un appartient à M. Gendrin, un autre à M. Jobert; ils se trouvent publiés, le premier dans la traduction de l'ouvrage d'Abercombie (malad. de l'enceph. 1835, p. 623); le second dans un journal qui n'est plus (Gaz. des méd. praticiens, 5 sept. 1839), et reproduit dans les Archives gén. de méd. (mars 1840). Voici ces deux faits.

1er *fait.*—« Il y a six ans environ qu'on me présenta un jeune homme de treize ans, qui se trouvait dans un pensionnat à Paris; il portait à la région dorsale supérieure droite, au lieu correspondant au bord postérieur du scapulum, une tumeur considérable, évidemment formée sans cause connue, en quelques jours. Le jeune malade avait été présenté par son père à deux médecins : l'un avait pensé que la colonne dorsale était cariée à sa partie latérale, et qu'une tumeur, effet de cette carie, située sous l'omoplate, soulevait cet os et déterminait sa saillie. L'autre pensait que c'était à une courbure anormale des côtes, et probablement à un commencement de distorsion de l'épine dorsale, que la tumeur était due; ce médecin agissant d'après cette idée, conseillait de recourir à l'usage d'un lit à extension. A l'examen de ce jeune homme, je reconnus qu'en portant l'épaule en haut et en arrière, je ramenais le scapulum à sa place; que la main portée sous l'os, autant que possible, ne faisait rencontrer aucune tumeur ni saillie des côtes; que la poitrine n'était nullement déformée en avant, que la maladie était survenue rapidement; que la colonne épinière, partout où elle est accessible au toucher, n'offrait aucune altération appréciable. Je ne vis dans cette maladie qu'une paralysie du muscle grand dentelé, paralysie confirmée par l'impossibilité où était ce jeune homme d'exécuter les mouvements d'élévation et d'abduction du moignon de l'épaule, et par la facilité avec laquelle il faisait lui-même disparaître la tumeur, en portant les deux épaules en arrière pour rapprocher de la colonne épinière les bords postérieurs des omoplates. J'ai su depuis, qu'un praticien habile, M. le docteur Hervez de Chegoin, auquel ce malade fut présenté, avait partagé mon opinion. Cette paralysie disparut graduellement en six semaines, par l'application successive des vésicatoires volants autour de l'épaule et sur le dos. »

2e *fait.*— « Niebecker (Jules), né en Prusse, âgé de 27 ans, facteur de pianos, demeurant rue du faubourg Poissonnière, 64, est bien constitué et n'a jamais éprouvé de maladies graves. A aucune époque il n'a offert de traces de l'affection scrofuleuse, et n'a jamais non plus, dit-il, contracté de maladies syphilitiques. Sa profession, qui est lucrative, lui permet de vivre dans l'aisance. Il se présente à la consultation du traitement externe de l'hôpital Saint-Louis, le 10 octobre 1838, pour une difformité qu'il porte à la région dorsale, et, sur l'invitation du chirurgien, consentit à entrer dans les salles de MM. Jobert et Richerand. D'après les renseignements que donne ce malade, il aurait éprouvé, vers la fin du mois de juillet de cette année, des douleurs assez vives dans la région de l'épaule, et dans le côté correspondant du thorax, depuis le creux de l'aisselle jusqu'à la cinquième ou sixième côte. Peu à peu les douleurs ont augmenté, et vers la même époque, Niebecker a remarqué un affaiblissement progressif dans les mouvements du membre thoracique droit, l'épaule lui occasionnait de la gêne, et lui donnait la sensation d'un corps étranger. Une saillie qui rendait sa taille difforme, par suite de l'augmentation de volume de la région scapulaire droite, lui faisait penser qu'il était atteint d'une maladie de la colonne vertébrale. Cette saillie augmentait aussitôt qu'il voulait faire agir les muscles du moignon de l'épaule et devenait alors assez considérable. Au dire du malade, cette affection serait restée stationnaire depuis le mois de septembre, bien que les douleurs aient presque entièrement cessé, mais la gêne et la faiblesse sont les mêmes, et ce jeune homme ne peut accomplir les travaux de sa profession. Si l'on interroge Niebecker sur les causes auxquelles il croit pouvoir attribuer sa maladie, il répond qu'il n'a éprouvé aucune lésion extérieure dans la région malade, qu'il n'a pas fait de chute, que jamais son travail n'a été pénible. Il croit seulement avoir remarqué qu'il avait couché depuis quelque temps dans une chambre située au premier, sur une cour dans laquelle était placé un réservoir destiné à je ne sais quelle profession; un tuyau de conduite en mauvais état passait dans l'épaisseur de la muraille, contre laquelle était placé son lit, et cette muraille était fort humide. Il a quitté le logement lorsqu'il a éprouvé des douleurs et de la gêne dans le membre malade.

« Le tronc étant mis à découvert, le malade se tenant debout, les bras allongés le long du corps, et dans le repos absolu, on ne remarque pas de différence entre le côté droit et le côté gauche du thorax, la conformation en est régulière, et répond à celle qu'offrirait la poitrine d'un homme de force moyenne. Il en est ici de même si l'on procède à l'examen de la partie postérieure, la colonne vertébrale est sans difformité, ses courbures normales sont bien conservées, les deux épaules sont de même volume, et toutes deux à la même hauteur. Il n'y a pas d'amaigrissement sensible d'un côté ou de l'autre; les muscles paraissent sains, en un mot, on ne saisit aucune différence appréciable entre le côté malade et le côté opposé, tant en avant qu'en arrière de la poitrine. Mais cet état de repos absolu est assez difficile à obtenir, il faut toute la volonté du malade, une attention longtemps soutenue, et la position déclive des bras pour amener ce résultat; car à la moindre action musculaire, au moindre mouvement que le malade veut exécuter avec le bras droit, surtout lorsqu'il veut faire le mouvement de frapper sur un objet ou de le pousser en avant, le bord spinal de l'omoplate du côté malade devient de plus en plus saillant, comme si cet os tendait à prendre la direction antero-postérieure, au lieu de la direction presque transversale qu'il occupe ordinairement. En même temps que la base s'éloigne des côtés, elle se rapproche par un mouvement de totalité vers les apophyses épineuses des vertèbres dorsales, mais ce déplacement est peu sensible. Enfin l'ensemble de l'épaule se portant en haut, l'omoplate éprouve néanmoins un mouvement de rotation ou de bascule, qui a pour conséquence la saillie plus considérable de l'angle inférieur qui se porte en arrière, et l'abaissement du moignon de l'épaule relativement au reste la région.— Ce déplacement une fois produit, si le malade maintient le membre correspondant porté en avant dans la demi-flexion, et soutenu par la main du côté opposé, la difformité devient permanente, et l'on peut continuer facilement l'examen que nous avons déjà commencé; ainsi on peut constater l'ensemble de tous les phénomènes dont nous avons indiqué l'ordre de production.

« La totalité de l'épaule est plus élevée que celle du côté

sain, le bord spinal du scapulum, légèrement rapproché de l'axe du corps, fait saillie en arrière sous la peau; cette saillie peut être évaluée à 12 centimètres (environ 4 ou 5 pouces). Des deux angles qui terminent ce bord, l'un, c'est l'inférieur, fait une saillie plus considérable que le reste de la ligne, par suite du mouvement de bascule que la totalité de l'os a éprouvé sur son axe. De plus, bien que le scapulum soit élevé, l'angle externe ou le moignon de l'épaule est porté en avant et abaissé. En parcourant l'ensemble de la tumeur avec la main, on voit que la partie externe de l'omoplate devenue antérieure est serrée assez exactement contre le thorax, tandis que le bord interne s'éloigne des côtes d'une manière très sensible; en effet, vers ce dernier point, il est possible d'introduire les doigts au-dessous de cet os entre lui et les côtes, et de se convaincre qu'il n'y a pas de tumeur anormale dans la région sous-scapulaire. En examinant l'état des muscles qui s'insèrent à l'omoplate, on trouve le trapèze, l'angulaire et le romboïde dans la contraction; le déplacement que nous venons de mentionner, résulte de leur action combinée, le romboïde est plus tendu que les autres muscles, et l'on peut sentir très facilement la bride résistante qu'il forme sous la peau. En effet, par suite du déplacement éprouvé par l'os, il est fortement tiraillé.— Si maintenant on cherche à faire effectuer au membre quelques-uns des mouvements produits par l'action du grand dentelé, comme 1° l'abduction du scapulum par rapport à la ligne médiane; 2° l'élévation du moignon de l'épaule; 3° le mouvement de rotation du scapulum sur son axe, mouvement au moyen duquel l'angle inférieur s'éloigne de la ligne médiane en s'effaçant, le supérieur s'affaisse en se rapprochant de la ligne médiane, et l'externe se porte en haut et en dehors, on voit que ce résultat est tout à fait impossible; bien plus, que le mode de déplacement obtenu est précisément inverse de l'action combinée de tous ces mouvements. Ceci fait, si l'on examine les attaches qui fixent le grand dentelé à la poitrine par son bord antérieur, on peut facilement se convaincre que ce muscle n'entre pas en contraction dans les mouvements d'ensemble ou dans les mouvements partiels de l'épaule, et que toute la portion accessible à l'examen est flasque et affaissée.

« Tous ces essais furent répétés pendant plusieurs jours, et variés de diverses manières. Le diagnostic étant une fois bien établi, on s'arrêta à l'idée qu'un traitement énergique remédierait sans doute à cette altération. Le malade y consentit, et endura des souffrances, auxquelles ces essais donnèrent lieu, avec une patience et un courage dignes d'un plus heureux succès. Les divers moyens thérapeutiques auxquels on eut recours, furent employés tour à tour, ou combinés, abandonnés et repris à plusieurs intervalles. Qu'il me suffise de dire que pendant 92 jours que se prolongea le séjour de Niebecker dans les salles de MM. Jobert et Richerand, on lui appliqua quatre grands vésicatoires, deux en haut et en avant du thorax, deux en haut et en arrière. On lui mit 10 moxas de moyenne grandeur pour déterminer une brûlure du troisième degré. On lui fit 22 raies de feu avec le cautère. On eut encore recours aux secousses électriques et à l'acupuncture, au moyen de la pile de Volta (en tout 24 séances), aux frictions faites avec l'huile de croton tiglium, la pommade ammoniacale, etc. Enfin, pendant ce long intervalle, le malade prit, à jours alternes, des bains de vapeurs et des fumigations aromatiques. Au bout de ce temps, fatigué d'un traitement aussi douloureux, qui n'avait pas amené la moindre amélioration dans son état, pressé d'ailleurs par des affaires d'intérêt, Niebecker quitta l'hôpital Saint-Louis, et renonça à toute espèce de médication; seulement, pour dissimuler la difformité que produisait la saillie de l'omoplate, et en même temps modifier l'action des muscles, il fit fabriquer une espèce de bandage de corps, large de deux travers de main environ qui entourait la poitrine, et qui, s'appliquant sur toute la portion sous-épineuse de l'omoplate, empêchait en partie cet os de basculer, lorsqu'il faisait opérer des mouvements au membre supérieur : de cette manière, ce jeune homme put reprendre en partie ses premières occupations. Il est important de rappeler ici qu'à part l'espèce d'atrophie que j'ai indiquée dans la portion du grand dentelé accessible à l'examen, toutes les autres parties composant le reste du membre thoracique droit, sont dans un état parfait d'intégrité et de développement. J'ai revu depuis le malade à plusieurs reprises, la dernière fois au mois de septembre 1839, 9 mois après la cessation de son traitement. Pendant cet espace de temps, il n'avait rien essayé, et s'était livré autant que possible aux travaux de sa profession; vers les derniers mois, l'épaule était devenue moins difforme, il y avait, en un mot, une légère amélioration. »

Il est remarquable que dans ces trois cas, la paralysie existait à droite. La guérison n'a eu lieu que dans le cas de M. Gendrin seulement. Il est probable que la lésion nerveuse soit simplement périphérique, puisqu'elle est limitée aux filets d'un seul muscle. Une autre circonstance que nous devons mentionner, c'est que dans tous ces cas le diagnostic a d'abord donné lieu à des erreurs singulières; ainsi, on avait pris d'abord le mal pour une déviation de la colonne vertébrale, une carie profonde avec abcès, une luxation ancienne de l'épaule, etc.; cela n'a rien d'étonnant, attendu la nouveauté de l'affection. On peut au reste rapprocher utilement cet article de celui que nous avons donné il y a quelque temps (juin, p. 97), sur les paralysies traumatiques du plexus brachial. M. le docteur Briquet, médecin à l'hôpital Cochin, vient de nous apprendre qu'un cas analogue s'est présenté dernièrement dans son service; mais dans ce cas, tous les muscles de l'épaule, et même du bras, étaient paralysés, et en partie atrophiés; évidemment, la lésion affectait une grande partie des nerfs du plexus brachial. Il paraît, au reste, que la même affection que nous venons de décrire a déjà été observée sur un certain nombre de sujets jusqu'à ce jour; elle mérite de nouvelles études.

P. S.— Dans un inventaire plus général, qu'un de nos collaborateurs a bien voulu faire sur ce point de science, nous trouvons les données suivantes qui complètent l'historique de l'article précédent. — La paralysie du muscle grand dentelé, n'a été signalée pour la première fois que par M. Velpeau, dans la prem. édit. de son Anat. chir. (1825), il y a rapporté brièvement un fait qui se trouve aussi dans la 2e édit. t. 2, p. 370, à l'occasion du nerf thoracique postérieur qui émane du plexus brachial pour se rendre au grand dentelé. Cette paralysie est arrivée parfaite d'une contusion dans l'aisselle. Le 2e fait est celui de M. Gendrin (1835). Vient le 3e, c'est celui de M. Jobert (1839); puis un 4e appartenant à M. Nélaton (Archives, 1843, mars); un 5e a été observé par M. Rayer (Thèse de M. Desnos, Paris, 1845, n° 91, p. 14). Ce cas est relatif à une fille de 14, rhumatisante; un 6e et 7e appartiennent, l'un a M. Briquet, l'autre a M. Nélaton (Gaz. des hop., 5 juillet 1845); le der-

nier enfin, est celui que nous venons de décrire. Total, huit cas connus, dont un ou deux de guéris seulement.

L'uréthrite vénérienne chez l'homme, autrement dite blennorrhagie, gonorrhée, etc., a, dans ces derniers temps, beaucoup occupé les chirurgiens. Des expériences ont été faites, des ouvrages ont été publiés, des conclusions diamétralement opposées ont été tirées, et il s'en est suivi des discussions qui ont tellement compliqué les croyances, qu'on ne sait presque plus à quoi s'en tenir aujourd'hui, ni sur la bonté des injections au nitrate d'argent, ni sur celle d'autres remèdes qu'on avait déjà adoptés comme avantageux. On a donné aux injections argentiques à dose élevée (demi-gramme à un gramme de nitrate d'argent par trente grammes d'eau) une valeur tellement absolue, qu'on posait en fait comme certaine la guérison avec une ou deux de ces injections, et cela en 24 ou 48 heures, et sans le moindre danger. Cette méthode, née à Dublin, entre les mains du docteur Carmichaël, sous le nom de méthode abortive, a été reproduite et prônée en France par le docteur Antonin Debeney. Il est remarquable, cependant, que, à l'exception peut-être de M. Ricord, les chirurgiens des hôpitaux de Paris n'ont pris la moindre part à ce débat, et ils sont restés inébranlables dans leurs méthodes accoutumées, soit parce que leur pratique antérieure leur avait déjà donné de bons résultats, soit parce que les faits relatifs aux injections ne leur ont pas paru assez concluants. Dans le résumé qu'il expose en ce moment à la Charité, sur les malades traités dans le courant de l'année à sa clinique, M. Velpeau vient de rendre compte des cas de blennorrhagie qui y ont été soignés; tous l'ont été par une seule et même méthode, et guéris dans l'espace d'une huitaine de jours environ, sans aucune injection. Cette méthode est celle que tout le monde suit depuis longtemps, mais que peu de praticiens emploient assez méthodiquement, pour en retirer tout l'avantage possible, des guérisons durables; nous voulons parler du copahu combiné au poivre cubèbe. Voici quelle est la formule que M. Velpeau a définitivement adoptée depuis quelque temps : il prescrit d'abord, dix grammes de copahu et vingt grammes de poivre cubèbe en poudre, plus un gramme de carbonate de fer, si le sujet est pâle, ou bien un gramme d'alun, et de la magnésie, q. s. pour en faire soit des bols, soit des pilules, s'il s'agit de la pratique civile, ou bien un simple opiat, si c'est pour les malades de l'hôpital. Si le patient accuse une très vive douleur, M. Velpeau y fait ajouter dix centig. (deux grains) d'opium comme calmant, dans la présomption que l'opium apaise les douleurs inflammatoires. Cette première quantité est prise en un jour, si le patient a un bon estomac, sinon elle suffira pour deux jours. Aussitôt après la consommation de cette dose, on en prescrit une pareille que le malade doit prendre en deux jours, si la première avait été prise en 24 heures, sinon elle lui servira pour trois jours. Puis vient une troisième dose qui durera un jour de plus. Ainsi de suite pour les prescriptions subséquentes, dont chacune doit suffire pour un jour de plus que la précédente; de telle sorte que la quantité journalière du remède va toujours en diminuant, et elle se trouve déjà réduite au quart à la troisième prescription, c'est-à dire au commencement du sixième jour; mais à cette époque l'écoulement touche déjà à sa fin. Néanmoins, on doit continuer encore le remède pendant quelque temps, d'après le même système, sous peine de voir la maladie reparaître avec quelque violence en peu de temps, et alors, chose remarquable, elle devient plus tenace, réfractaire même quelquefois à la médication. Aussi M. Velpeau en fait-il un précepte de rigueur, de continuer le mélange ci-dessus pendant quelque temps, après l'arrêt de l'écoulement, et l'on peut compter ensuite sur une guérison franche et durable. L'idée de joindre, soit le carbonate de fer, soit le sulfate d'alumine au mélange balsamo-cubébique, est assurément heureuse, mais on pourrait contester qu'il en soit de même de l'addition de l'opium, par la raison que ce médicament est essentiellement excitant comme le rhum, et ne calme aucunement les douleurs inflammatoires. C'est là, au reste, une affaire peu importante, puisque le médicament dominant est le mélange balsamo-poivré. Quant à l'emploi de cette formule contre l'orchite blennorrhagique, M. Velpeau a trouvé qu'elle n'était utile qu'autant qu'on donne le mélange à doses réfractées; il a cru observer que le mal testiculaire empirait, si l'on donnait le médicament aux mêmes doses que pour la blennorrhagie. Nous devons, à l'occasion de cette prescription, rappeler qu'à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, la formule adoptée par M. Gimelle contre les blennorrhagies était celle-ci : copahu, 12 grammes, cubèbe, 8 grammes, vin aromatique, 125 grammes, à boire d'un seul trait sous les yeux du chirurgien au moment de la visite : la guérison a lieu en trois, quatre jours, quelquefois un peu plus; mais il survient quelquefois des récidives. Aussi M. Velpeau a-t-il raison de prescrire la continuation du remède pendant une douzaine de jours. Rien n'empêche, au reste, de donner séparément le carbonate de fer ou le sulfate d'alumine. Ces remèdes sont pour nous hyposthénisants, ainsi que le copahu lui-même; aussi peut-on les administrer sans crainte aucune. Dans le système thérapeutique que nous professons, le copahu se présente, ainsi que le seigle ergoté, comme un hyposthénisant à action élective sur l'appareil génito-urinaire, non parce qu'il guérit les phlogoses de l'urètre, mais parce qu'il s'est montré tel dans les études expérimentales physiologiques et cliniques auxquelles il a été soumis. Il serait trop long de reproduire ici les nombreux faits et les raisonnements sur lesquels cette assertion repose; nous traiterons cette question en temps et lieu. On ne veut pas, cependant, qu'on touche à ces matières, par la raison, dit-on, que ce sont là des théories qui ne peuvent que conduire à l'erreur, ce qui veut dire en d'autres termes : il est impossible de faire de la thérapeutique une science!

Tant voudrait dire : faire de l'anatomie générale c'est absurde ! Le carbonate de fer peut se donner commodément en poudre en le mêlant à un peu de confiture ou de miel, à la dose de un gramme par jour, divisé en quatre parties.

Quant à la méthode des injections au nitrate d'argent, nous venons de le dire, elle n'a point été adoptée dans les hôpitaux de Paris. M. Ricord lui-même n'a approuvé que les injections légères, ainsi qu'il le faisait déjà depuis longtemps et il y associe toujours l'usage intérieur du copahu et du cubèbe. M. Desruelles en fait autant, mais il insiste particulièrement sur les remèdes antiphlogistiques ordinaires. En ville cependant on a fait des essais multipliés, tant à Paris qu'en province; on a aussi adopté les injections à haute doses dans quelques hôpitaux des départements. Dans une brochure récente du docteur Cazalis, rédigée sous les yeux du professeur Serre (de Montpellier), on trouve les énoncés suivants basés sur 46 cas de ce genre traités à l'hôpital Saint-Eloi. — La solution employée par Carmichaël se composait de 50 centig. (10 grains) d'azotate d'argent par 30 gm. (1 once) d'eau distillée. A l'exemple de M. Debeney, M. Serre a élevé un peu la proportion du sel; il s'est servi de 6, 7, 8, 9 décigrammes par 30 gm. d'eau (12, 14, 18 grains par once). Cette seule quantité de liquide suffisait pour chaque injection; on se servait pour cela d'une petite seringue en verre et l'on n'employait même pas toute la solution. Chaque injection séjournait deux à trois minutes dans le canal, et l'on n'a jamais eu besoin de comprimer le périnée pour empêcher le liquide de pénétrer dans la vessie. Pour bien apprécier les effets des injections en question, il est essentiel de préciser le degré d'inflammation auquel on a affaire, non d'après le nombre de jours de durée de la maladie, ni d'après la couleur ou la consistance de la matière de l'écoulement, car tout cela est vague, incertain; mais bien d'après le degré de rougeur et de gonflement du gland et de la douleur accusée par le patient en urinant. D'après cette manière de voir, M. Serre divise les blennorrhagies en très aiguës, aiguës, peu aiguës. — « Quand, dit l'auteur, la miction ne s'accomplit qu'au prix des plus vives souffrances, quand les érections sont douloureuses, nous disons que la blennorrhagie est très aiguë, et cela, que l'écoulement soit clair ou épais, abondant ou rare, blanc ou jaune. Ces blennorrhagies nous ont offert d'ordinaire les symptômes suivants : écoulement peu abondant, peu épais, jaunâtre ou verdâtre; gland rouge et tuméfié; verge plus grosse qu'à l'état normal; méat urinaire très rouge, miction très douloureuse, les urines paraissent brûlantes; érections nocturnes fréquentes, accompagnées de vives douleurs; la verge perd quelquefois, pendant ces érections, sa rectitude normale; l'écoulement est souvent sanguinolent, du sang pur s'écoule quelquefois de l'urètre après l'émission des urines. Dans les blennorrhagies que nous appelons aiguës, les douleurs, pendant la miction, sont légères, il n'y a même quelquefois qu'un simple picotement dans le canal; les érections, quand il en existe, sont peu fréquentes et plus fatigantes que douloureuses; la rougeur du gland et du méat est moins vive; l'écoulement est d'ordinaire assez abondant, sa consistance est plus grande, sa couleur est en général blanchâtre. Les blennorrhagies peu aiguës peuvent fournir un écoulement très abondant et très épais, mais ce cas est le plus rare, et nous les avons vues bien plus souvent avec des écoulements peu copieux, d'une consistance médiocre, blanchâtre, quelquefois semblables à du petit lait; le gland et le méat sont à peine roses, ils conservent souvent leur couleur normale; la miction s'exécute sans aucune espèce de souffrance, et si des érections ont lieu pendant la nuit, elles ne sont guère plus fréquentes que dans l'état habituel de santé. »

Les cas de la première catégorie ne sont pas fréquents. Sur les 46 sujets, 8 seulement présentaient une blennorrhagie à l'état très aigu. Chez eux les injections argentiques à dose élevée ont constamment déterminé des douleurs atroces, des réactions sérieuses et elles ont presque toujours échoué. Un seul de ce nombre a guéri, encore les injections ont-elles dû être continuées pendant quelques jours. Les autres ont dû être traitées par les balsamiques et les antiphlogistiques ordinaires. Il en est autrement des cas de la seconde catégorie qui sont les plus fréquents. Sur le nombre ci-dessus, M. Serre en a trouvé 23 (aiguës ou assez aiguës). Ici l'injection a donné de meilleurs résultats; mais, au total, on n'a obtenu des effets tranchés que sur un petit nombre, d'autres moyens ayant dû être adjoints chez les autres. Quant à ceux de la troisième catégorie, ils étaient au nombre de 15, et sur ce chiffre, 6 seulement ont été guéris avec les seules injections. Au total, sur les 46 sujets traités de la sorte, les injections seules n'en ont guéri que 16; la durée moyenne du traitement a été de 5 3/4 jours, ce qui n'est guère très merveilleux en définitive. Voici, au reste, en quels termes, M. Cazalis résume son travail : « Les injections à haute doses nous ont, dit-il, toujours paru nuisibles dans les cas de blennorrhagies très aiguës. Dans les blennorrhagies aiguës ou assez aiguës, elles ne donnent qu'une guérison sur trois malades, et encore la guérison exige-t-elle douze jours de traitement et quatre injections à haute dose, sans compter quelquefois l'emploi des astringents. Dans les blennorrhagies peu aiguës, elles offrent autant de chances de succès que d'insuccès. Les guérisons qui ont lieu dans ces cas, grâce à elles seules, s'opèrent d'une manière rapide, en moins de huit jours, et n'exigent guère plus de trois injections. Quand il faut recourir aux astringents, les résultats sont bien loin d'être aussi favorables. Si nous prenons maintenant en considération les vives douleurs que procurent les injections à haute dose, nous dirons qu'elles ne nous paraissent pas suffisamment compensées par les avantages incertains d'une telle médication. Nous n'hésiterons pas en conséquence à les proscrire d'une manière absolue comme méthode générale de traitement dans la blennorrhagie. » — Les résultats obtenus à l'hôpital de Bordeau, par M. Vénot, à l'aide de la même méthode n'ont pas été meilleurs que ceux de Montpellier; on y a même observé des accidents graves, et cela devait être, vu que dans les inflammations intenses, l'absorption est nulle et l'état congestif des tissus réclame, pour première indication, des évacuations sanguines. Or, la solution concentrée de nitrate d'argent appliquée dans ces conditions produit bien son action locale physico-chimique, mais comme elle n'est pas absorbée, son effet dynamique est nul, et l'on sait que c'est cet effet là qui est hyposthénisant et qui combat la phlogose. On

comprend déjà par ces remarques pourquoi cette méthode ne peut être utile que dans le déclin de l'inflammation ou dans les phlogoses primitivement peu intenses. Il résulte, au reste, de l'analyse des observations de M. Debeney, dont parle M. Cazalis, que les cas guéris par ce chirurgien appartenaient presque tous à cette catégorie. On peut en dire autant de ceux qu'a publiés dernièrement M. Jacquot dans le *Journal de chirurgie* de M. Malgaigne.

Quoi qu'il en soit de ces résultats contradictoires, M. Debeney n'a pas moins poursuivi la méthode qu'il s'était tracée, et il est allé plus loin encore, puisque dans une nouvelle brochure qu'il vient de publier, il rapporte quatre cas graves de catarrhe vésical qu'il dit avoir guéris en injectant plusieurs fois dans la vessie une solution de 4 gm. (1 gros) de nitrate d'argent dans 30 gm. (1 once) d'eau distillée. Ici la chose est différente, et l'on comprend un peu mieux les bienfaits de pareilles injections, puisque M. Lallemand employait déjà avec avantage, dans les mêmes cas, la cautérisation avec le nitrate d'argent solide porté dans la vessie elle-même. Cependant les quatre observations de catarrhe vésical accompagné ou non de spermatorrhée involontaire, que rapporte M. Debeney, ne sont pas assez concluantes ; l'on pourrait même dire que tous les détails qu'il donne ne sont pas tracés peut-être d'après nature; et quant à son mode opératoire, voici comment il s'y est pris : il a, avec une petite seringue en verre, injecté dans l'urètre la solution de 4 gm. de sel argentique dans 30 gm. d'eau ; puis, il a bouché le méat urinaire en pinçant le gland avec deux doigts, tandis que de l'autre main il a frictionné le périnée de bas en haut et fait passer le liquide dans la vessie, à ce qu'il croit. Or, notez bien, M. Debeney n'a pas vidé d'abord la vessie de l'urine qu'elle pouvait contenir. Par conséquent, en supposant que le liquide soit passé dans ce récipient par ses frictions ascendantes, la solution argentine a dû être à l'instant décomposée par les urines. Non seulement cette solution a dû rester avec peu d'action, mais encore elle pourrait, dans quelques cas, opérer des précipités urinaires dont les conséquences pourraient être fâcheuses. Ajoutons qu'en injectant d'abord la solution dans le canal son effet est épuisé à l'instant sur celui-ci, par la raison que le nitrate d'argent se décompose instantanément par son contact avec les substances animales et donne un précipité insoluble. Il n'est pas facile d'ailleurs de faire promener dans l'urètre, jusque dans la vessie, quelques grammes de liquide caustique par les seuls frottements du pouce, par la raison que le canal se contracte spasmodiquement. Nous avons dernièrement fait sur un malade des injections répétées et prolongées d'une légère solution de nitrate d'argent (deux grains par once) à l'aide d'une grosse seringue en verre et d'une sonde en gomme élastique, et après avoir vidé la vessie : l'effet a été avantageux. Dans des cas de blennorrhagie ancienne, accompagnée de rétrécissement, et dont l'écoulement persistait après la dilatation, la même solution injectée dans le canal à l'aide d'une sonde promenée lentement d'arrière en avant, de manière à y établir une sorte de double courant de cette eau minérale, a donné des résultats bien meilleurs que la petite injection à dose cautérisante. La solution légère, prolongée à l'aide de la sonde sur les points les plus malades, est absorbée sans produire d'action locale irritante, et on peut la répéter tous les jours sans souffrance et sans accident. M. le docteur Béniqué s'est servi pour ces injections d'une légère solution d'un sel ferrique (sulfate de fer) à ce que nous croyons, et avec un avantage marqué. Nous étions autrefois partisan des solutions concentrées de nitrate d'argent pour les phlogoses des membranes muqueuses ; nous sommes aujourd'hui revenu aux solutions légères, l'expérience nous ayant montré plus d'avantages dans cette pratique.

En résumé, dans l'état actuel de l'art, il serait imprudent, dangereux même, d'abandonner, dans le traitement de la blennorrhagie aiguë, douloureuse, la méthode sûre et rationnelle des antiphlogistiques combinés aux mélanges balsamo-cubébiques, qui guérissent sûrement et promptement, pour une méthode chanceuse (les injections caustiques) qui, en définitive, ne guérit ni plus vite ni mieux. Cependant, lorsque le mal est chronique, indolore, que le canal aura été dilaté convenablement (car il y a toujours alors rétrécissement), si l'écoulement persiste encore, ce qui n'est pas ordinaire, on pourra avoir recours aux injections prolongées d'une solution légère de sel argentique ou ferrique, ou même aux attouchements répétés avec le nitrate d'argent solide. Lorsque la phlogose uréthrale s'est prolongée jusque dans la vessie, si le mal est aigu, la méthode est la même que pour le premier cas, sauf quelques indications spéciales qu'il est superflu de mentionner ici ; et si le mal est chronique, on commencera toujours par le rétrécissement dont la guérison emporte souvent le reste; dans le cas contraire, le catarrhe forme une maladie à part dont nous ne voulons parler pour le moment.

Hôpital Beaujon (M. Robert).

Plaies fétides. Pansement désinfectant nouveau. (*Nitrate de plomb*).— On cherchait depuis longtemps des topiques capables d'enlever à certaines plaies leur fétidité repoussante, qui non-seulement incommode sérieusement les malades qui en sont l'objet, mais encore ceux qui couchent dans la même salle, et toutes les personnes qui les avoisinent. On ne voit que trop souvent de ces infections dans les salles de nos hôpitaux, par le seul fait de la présence d'une gangrène considérable, d'un cancer étendu, d'une vaste suppuration de mauvais caractère, avec croupissement, etc. Que s'exhale-t-il dans ces cas de la surface malade ? C'est ce qu'on ne sait peut-être pas suffisamment. On parle, il est vrai, de gaz sulfhydrique, de gaz ammoniacaux, mais n'y a-t-il que cela ? Ces odeurs cependant sont loin de présenter le même caractère s'il est permis d'en juger d'après l'impression, que ces exhalaisons produisent sur notre sens olfactif. Il ne s'agit pas seulement de l'impression désagréable que ces émanations produisent, il y a aussi à considérer leurs effets consécutifs à l'absorption. Quoi qu'il en soit, on sait que l'art ne disposait jusqu'à présent que de deux moyens désinfectants dans les cas en question, le chlore et la créosote. On peut ajouter encore la pâte sulfurique de M. Velpeau, pour certains cas dont nous avons parlé. Le chlore et la créosote cependant, ont l'inconvénient d'être eux-mêmes volatiles, d'infecter l'air et de n'être pas applicables dans tous les cas. Leur usage au reste n'a pas été très suivi, ce qui provient peut-être de leur résultat incomplet ou de quelques difficultés de leur emploi. Un pharmacien de Paris vient de soumettre à M. Robert, pour résoudre cette question, un grand cruchon d'une *solution de nitrate de plomb*, marquant vingt de-

grés à l'aéromètre, pour être expérimentée. Deux malades ont été soumis à l'épreuve; l'un était un homme encore jeune, de mauvaise constitution, ayant une vaste suppuration sous-cutanée dans toute la région thoracique droite antérieure, avec un énorme décollement de la peau et une ouverture fistuleuse par laquelle il s'écoulait chaque jour des flots d'un pus tenu, extrêmement fétide, se rattachant probablement à quelques côtes cariées. D'un pansement à l'autre, la charpie, les compresses et le bandage de corps étaient inondés, et il s'ensuivait des exhalaisons d'une fétidité insupportable. M. Robert a commencé par faire appliquer sur la fistule des gâteaux de charpie trempés dans la solution de nitrate de plomb qu'on a eu soin de délayer dans une égale quantité d'eau, puis il a injecté de ce mélance dans le trajet fistuleux à chaque pansement, et la mauvaise odeur avait déjà diminué considérablement; consécutivement on s'est servi de la solution nitro-plombique pure, et non seulement la fétidité à tout à fait disparu, mais encore la suppuration a beaucoup diminué et s'est améliorée d'une manière remarquable dans sa nature. Sans doute que le mal n'est pas guéri, et il ne pouvait l'être s'il y a au fond une condition mécanique qui l'entretient, mais ce mode de pansement a donné déjà deux résultats importants, la destruction de la fétidité et la diminution des conditions phlogistiques ambiantes qui entretenaient une vaste suppuration, de la douleur, etc. L'autre malade est une femme qui porte un affreux cancer ulcéré à la joue, et qui s'accompagne d'un suintement ichoreux, d'une fétidité insupportable. On a pansé la surface bourgeonnée avec de la charpie trempée dans la solution de nitrate de plomb pur, et la fétidité a *totalement* disparu; mais ce qui plus est la surface morbide s'est singulièrement améliorée, elle a perdu cette rougeur sanguinolente, envahissante et douloureuse, la masse cancéreuse a blanchi, est devenue indolore et elle s'est circonscrite, résultat précieux qui permettra d'attaquer le mal avantageusement avec les caustiques. Ces essais seront continués dans d'autres cas analogues; il est probable d'ailleurs qu'on en fera également dans d'autres hôpitaux, s'agissant d'un moyen simple, efficace, d'un prix excessivement modique. Il serait à désirer qu'on l'essayât surtout dans des cas de cancers incurables, en injection dans le vagin, etc. Nous en ferons connaître les résultats.

— Deux choses sont à considérer dans le nouveau topique dont il s'agit : son action chimique qui est toute extrinsèque aux tissus vivants, et son effet dynamique qui résulte évidemment de son absorption dans des tissus excoriés, bourgeonneux, et plus ou moins sous-cutanés. La première action n'est pas encore suffisamment étudiée; tout ce qu'on sait jusqu'à présent, c'est qu'il se forme un sulfure de plomb qui teint le pus et les linges en noir. Quant à l'action dynamique, elle n'est point douteuse pour nous, elle est analogue à celle de tous les sels métalliques appliqués sur nos tissus, c'est-à-dire essentiellement hyposthénisante, ainsi qu'on le voit d'ailleurs à l'apaisement de l'inflammation, de la douleur, et à la diminution de la suppuration et du gonflement. A ce point de vue, nous ne trouvons d'autre différence que dans le degré entre le nitrate et l'acétate de plomb, et il était facile de le prévoir *a priori*, d'après l'énergie relative des deux acides qui entrent dans la composition de ces deux sels.

Bubons périganglionnaires. *Arrachement du ganglion.*— Un jeune homme, assez bien constitué, éprouva à la suite de fatigues et de marches forcées, un gonflement à l'aîne droite, lequel a marché rapidement vers la suppuration. La tumeur avait présenté le volume d'un gros œuf, elle s'était ouverte et la peau s'était décollée, ainsi que cela a souvent lieu dans cette région; le malade s'est donc fait recevoir à l'hôpital. Il n'a pas eu de maladie vénérienne, la verge ne présente aucune trace de blennorrhagie ni de chancre; rien non plus du côté du membre abdominal qui puisse faire rattacher l'abcès à une absorption directe; le malade se porte bien d'ailleurs. A l'examen, on trouve une tumeur du volume d'un œuf de poule, suppurant par une ouverture large de trois centimètres (un pouce). Au milieu, ou plutôt au fond du foyer, se voit une végétation du volume d'une noix, rouge, presque fongueuse; elle est formée par un ganglion isolé par la suppuration périphérique qui a détruit son tissu cellulaire ambiant; une sonde passée tout autour, puis le doigt, ont donné la conviction que ce ganglion agissait là comme un corps étranger, et s'opposait à la cicatrisation du foyer. En conséquence il se présentait l'indication de l'enlever ou de le détruire pour obtenir la cicatrisation du foyer. M. Robert a débridé la plaie en haut et en bas, a saisi le ganglion avec une pince, et l'a attiré au dehors. Un aide l'a maintenu ainsi, en attendant que le chirurgien ait jeté un fil à la base et lié le pédicule. Pendant cette manœuvre, l'aide ayant présumé qu'il fallait beaucoup tirer, le ganglion s'est arraché et le fil noué a été emporté avec le ganglion lui-même. Il ne s'est pas écoulé de sang. Le lendemain la plaie s'est déjà beaucoup resserrée, son fond s'était rempli et elle a marché rapidement vers la cicatrisation. Deux cas pareils s'étaient déjà présentés à Beaujon dans le courant de l'année; dans l'un, M. Robert avait essayé le broiement du ganglion en l'écrasant plusieurs fois avec une pince à pansement; cette pratique avait été très douloureuse et entraîné une suppuration abondante. Dans l'autre cas, il avait eu recours au caustique de Vienne, mais le traitement avait été trop long. En pratiquant en dernier lieu la ligature, M. Robert s'était proposé d'exciser le ganglion en deça du fil, et de se mettre ainsi à l'abri d'une hémorrhagie possible; mais il en est résulté un arrachement accidentel tout aussi efficace, et qu'on pourrait peut être adopter ce procédé pour certains cas.

— Quand il s'agit d'un bubon syphilitique, soit primitif, soit secondaire, le mal a ordinairement pour siége le ganglion lui-même ou plusieurs ganglions; mais en même temps, le tissu cellulaire ambiant est pris de phlogose suppurante assez souvent. Il en résulte un double abcès, dont un dans le ganglion lui-même, converti en une sorte de coque dont le contenu peut offrir du pus inoculable, s'il s'agit de chancres primitifs, récents; l'autre autour du ganglion; dont le pus n'est jamais virulent d'après les observations de M. Ricord. L'abcès périganglionnaire peut aussi se former par d'autres causes, ainsi qu'on vient d'en voir un exemple. Dans ce cas, le ganglion extirpé était rouge dans son intérieur, mais mou et comme tout à fait charnu. On comprend que le mal se perpétue si on ne détruit pas ce nucléon du foyer purulent. On préfère communément le caustique calcio-potassique; ce moyen cependant ne vaut pas le procédé suivi par M. Robert dans le dernier fait, excepté dans les cas où il y a un grand décollement de peau.

Hôpital de la Charité (M. VELPEAU).

GRANULATIONS DU COL UTERIN. —L'affection granuleuse du col utérin, devenue si fréquente depuis que cet organe est exploré attentivement au spéculum, guérit constamment à l'aide des cautérisations avec le nitrate acide de mercure. Il s'en est présenté une douzaine de cas à la clinique de la Charité dans l'année scolaire qui vient de s'écouler, et ils ont été tous heureusement guéris. M. Velpeau établit à ce sujet trois préceptes importants. Le premier consiste à ne répéter la cautérisation qu'un petit nombre de fois; quatre, cinq, six fois au plus, et à la distance de huit à dix jours chaque: Plus rapprochées, les cautérisations entretiennent une irritation trop grande qui s'oppose à leur guérison. Au bout de ce nombre de cautérisations le remède a produit tout l'effet qu'on pouvait en attendre, et si l'on persiste on fait du mal par une raison qu'on va comprendre. Le second concerne le mode d'application du nitrate acide. Si l'on se contente de toucher seulement la surface du museau de tanche, on ne détruit que les granulations apparentes seulement, et le mal récidive au bout de quelque temps, par la propagation des granulations qui restent ordinairement cachées dans la cavité du col. Il faut pousser chaque fois le pinceau cautérisateur jusque dans le goulot du col. Le troisième précepte, enfin, se rapporte à la connaissance des signes qui doivent faire cesser l'usage des cautérisations, sous peine de nuire. Ces signes consistent dans l'affaissement des bourgeons ou plutôt dans leur disparition, avec substitution de taches roses sur le col. Ceci indique que la nature travaille alors à la cicatrisation, et si l'on persiste dans l'usage du remède, non seulement on s'oppose à ce travail réparateur, mais encore on entretient une irritation perpétuelle qui devient la source de souffrance, et qui donne naissance à une sorte de bourgeonnement anormal, par la destruction du tissu du col qu'on finit par produire; de telle sorte qu'on occasionne alors des désordres quelquefois graves, qu'on attribue à tort à la maladie. Le caustique, dans cette maladie, n'est pas, dit avec raison M. Velpeau, employé comme moyen destructeur du col; il doit seulement frapper chimiquement les végétations contre nature et modifier dynamiquement les tissus sous-jacents. M. Velpeau rappelle, à cette occasion, qu'on doit se conduire ici comme dans le traitement des plaies ou des ulcères bourgeonneux de la surface du corps, savoir, abandonner les choses à la nature dès que la surface ulcérée ne secrète plus qu'une eau rousse. Il est d'expérience que si l'on persiste alors à toucher la partie avec du nitrate d'argent on fait rétrograder la cicatrisation, la partie s'enflamme, devient douloureuse, et cela autant de fois que l'on recommence.

—Cette dernière remarque a été faite pour la première fois par Scarpa, à ce que nous croyons, à l'occasion des ulcères de la cornée. M. Velpeau l'a généralisée et l'on ne saurait trop en saisir l'importance dans la pratique. Ce que M. Velpeau vient d'exposer à l'égard des granulations du col utérin est d'une vérité frappante. Nous devons ajouter, quant aux granulations cachées dans le col, que la même observation nous avait été signalée sur plusieurs femmes, par M. Jobert, à Saint-Louis. Pour mettre le goulot utérin tout à fait à découvert, et par là aussi les granulations cachées, ce chirurgien emploie un procédé ingénieux et efficace que nous devons faire connaître. Il se sert de son spéculum métallique bivalve qui, comme on sait, se termine presque en bec de poule; aussitôt introduit dans le vagin, l'instrument se ferme en dehors de la vulve par le rapprochement des valves et il s'ouvre en même temps au fond du vagin par l'éloignement réciproque de ces extrémités des deux valves. En s'écartant entre elles et par degrés, ces deux valves appuient contre les deux lèvres du museau de tanche, et ces lèvres se trouvent ainsi écartées entre elles et retroussées à tel point que le fond du goulot utérin se trouve à découvert, à l'instar d'une bourse qu'on ouvre avec plusieurs doigts. C'est ainsi que l'on nous a fait souvent découvrir, à Saint-Louis, des ulcérations et des granulations qui étaient cachées dans la cavité du col et qu'on ne pouvait autrement que soupçonner. Il nous a semblé utile de rappeler ici un fait pratiqué, qui vient au reste à l'appui des belles considérations cliniques de M. Velpeau sur cette matière.

L'ÉRYSIPÈLE ET L'ANGÉIOLEUCITE. — M. Velpeau vient de consacrer une leçon au résumé général des cas d'érysipèle et d'angeïoleucite qu'il a eu à traiter dans le courant de cette année à sa clinique, et il s'est livré à quelques considérations générales que nous allons reproduire. Il s'est surtout attaché à relever les différences fondamentales qu'il y a selon lui entre ces maladies. On sait que M. Blandin avait, dans ces derniers temps, considéré l'érysipèle, tantôt comme une phlébite capillaire, tantôt comme une lymphite (angeïoleucite), et qu'il en avait déduit pour conséquence une pratique qui consiste à appliquer des sangsues, non sur le lieu même de l'érysipèle, mais sur le point de convergence des vaisseaux lymphatiques et des veines de la région. M. Velpeau rejette complètement cette manière de voir; pour lui l'érysipèle n'est ni une angeïoleucite, ni une phlébite, ces trois affections étant essentiellement distinctes et exigeant des traitements différents. — L'angeïoleucite se présente sous forme de rougeurs éparses, jaunâtres, radiées, sans délimitation distincte, sans boursoufflement de la peau; tandis que l'érysipèle s'offre comme une nappe rouge, égale partout, parfaitement limitée, et elle soulève légèrement la peau, à tel point, qu'en passant délicatement le doigt, de la partie saine à la partie malade, on sent un petit bourrelet qui circonscrit nettement sa surface érysipélateuse. La première, marche dans la direction des vaisseaux lymphatiques, dure longtemps, 8, 12, 15 jours ou plus, et en s'étendant d'un endroit dans un autre, les plaques rouges primitives ne disparaissent point; tandis que le second ne dure que de 3 à 5 jours, et quand il s'étend il disparaît complètement de l'endroit primitif pour produire les mêmes phénomènes dans un autre, où il recommence et termine une autre période de trois à cinq jours; ainsi de suite. L'angeïoleucite se termine souvent par suppuration, tandis que jamais l'érysipèle véritable ne forme des abcès. (On ne confondra pas ici l'érysipèle avec le phlegmon large); et si l'on voit à la suite des grandes érysipèles de petits abcès multiples naître à la surface du corps, c'est là un effet de la maladie générale dont l'érysipèle n'est qu'un symptôme. L'angeïoleucite est une maladie locale, essentielle; l'érysipèle, au contraire, n'est qu'un phénomène d'une autre affection. —Si l'on compare maintenant ces deux maladies à la phlébite, on trouve pareillement une différence fondamentale. Dans la phlébite, il n'y a pas toujours rougeur à la peau, et l'on sent toujours un cordon dur, douloureux au toucher dans la veine enflammée. On ne sent rien de pareil dans

l'angéïoleucite, car les vaisseaux lymphatiques enflammés ne forment pas, comme les veines, des cordons appréciables au toucher, ni dans l'érysipèle. La phlébite, d'ailleurs, est bien autrement grave si elle passe à la suppuration.—Quant au traitement, l'angéïoleucite cède assez bien au traitement antiphlogistique, ce qui ne l'empêche pas de se terminer souvent par suppuration; mais l'érysipèle est réfractaire à cette méthode, et c'est une erreur de croire qu'on puisse juguler un érysipèle; et cela devait être, puisqu'il s'agit ici d'un simple symptôme d'un état morbide général, mal caractérisé jusqu'à ce jour. Depuis vingt ans, M. Velpeau fait des expériences sur les moyens généraux et locaux qu'on a vantés contre l'érysipèle, et jusqu'à présent il n'a trouvé qu'un seul topique capable d'en mitiger la violence et d'en abréger la durée, c'est le sulfate de fer qu'il applique sur le lieu malade, sous forme de pommade ou de solution aqueuse. Au reste, les cas d'érysipèle qu'il a eu à traiter cette année (uniquement comme érysipèle véritable, non comme affection érysipélateuse locale compliquant des plaies ou d'autres lésions et qui est très commune) ne sont pas considérables, ils s'élèvent à dix. Les angéïoleucites ont été au nombre de huit.

Nous nous permettrons de présenter une seule observation dans l'intérêt de la vérité. M. Blandin, en considérant l'érysipèle comme une phlébite, entend parler d'une phlébite capillaire, ou plutôt d'une phlébo-artérite périphérique. Or, ici les vaisseaux enflammés sont tellement petits qu'on ne peut sentir le cordon dur sous la peau, comme quand il s'agit d'un tronc veineux phlogosé. D'ailleurs, il est question d'une inflammation légère, ce qui n'empêcherait pas de la regarder, avec M. Velpeau, comme dépendant d'un état constitutionnel, ainsi que les anciens le voulaient. La différence établie par M. Velpeau, entre l'angéïoleucite et l'érysipèle est réelle; aussi M. Blandin en a-t-il fait deux variétés distinctes, tout en le comprenant sous le titre commun d'érysipèle, ce qui n'est peut-être pas assez exact. Il y aurait cependant cette question fondamentale à examiner: l'érysipèle n'est-il pas une maladie inflammatoire, en tant que maladie locale? La réponse ne peut être douteuse; vous avez chaleur, rougeur, gonflement, douleur, injection, fièvre le plus souvent, sang couenneux, en un mot tous les symptômes de l'inflammation la plus positive. Resterait donc à savoir en quoi consiste l'état constitutionnel, auquel l'érysipèle se rattache. Beaucoup de médecins regardent cet état général comme un mystère; cependant il est impossible de méconnaître dans cet état une phlogose des troncs vasculaires centraux et même du parenchyme de divers viscères quelquefois. La manifestation dermique ne serait qu'une conséquence, une propagation externe de la phlogose vasculaire. Depuis longtemps l'école dynamique a caractérisé l'érysipèle pour une phlébo-artérite capillaire aiguë, légère, susceptible de déplacement comme toutes les phlogoses vasculaires, dépendant ou non d'une affection interne. Sa gravité tient à la maladie centrale; sa terminaison, par petits abcès multiples, n'est qu'une conséquence de cet état morbide des extrémités de l'arbre vasculaire, ainsi que cela a lieu dans d'autres maladies des vaisseaux, comme la variole, etc. Il s'ensuit que le traitement véritable doit avoir pour base les antiphlogistiques, bien que ce traitement reste souvent au-dessous de la maladie. D'autres considérations importantes se rattachent à cette question. Ce sujet semble très banal au premier aspect, et pourtant il offre un très grand intérêt pratique, et l'on se doute à peine des développements importants qu'il serait susceptible d'acquérir par une discussion clinique saine et éclairée. Les esprits sont si peu disposés en ce moment à saisir les nouvelles idées de l'école dynamique sur l'érysipèle, que nous sommes obligés d'ajourner cette discussion.

Hôpital Saint-Louis (M. Jobert).

COUP DE FEU DANS LA BOUCHE, SANS DÉTONATION. *Division du voile du palais. Staphyloraphie.* — Un jeune homme nommé Mériguet, âgé de 20 ans, garçon marchand de vin, a été reçu le 25 juin dernier, salle Saint-Augustin, n° 43, pour une plaie d'arme à feu qu'il venait de se faire dans le fond de la bouche en voulant se suicider. Par suite de contrariétés d'amour-propre, ce jeune homme charge fortement un fusil de garde nationale avec du petit plomb et enfonce profondément le bout du canon dans la bouche, il le serre avec les dents et prend de la main droite la baguette du fusil avec laquelle il frappe la détente, et parvient ainsi à décharger l'arme. Cette décharge s'est effectuée *sans détonation aucune*, par le seul fait, sans doute, de l'obturation de la bouche du fusil appliquée contre le voile du palais, les gaz détonnants du canon n'ayant pu s'échapper par cette ouverture. Le jeune homme se sentant blessé, et effrayé de voir le sang couler de sa cavité buccale, appelle au secours, et il est de suite transporté à l'hôpital. A l'examen, M. Jobert trouve l'état suivant: pas de douleur que dans la région parotidienne droite et dans la région sous-maxillaire du même côté. Ces régions présentent du gonflement. Le malade parle très bien et rend compte de l'accident; sa voix n'est aucunement altérée. En ouvrant la bouche, on trouve le voile du palais fendu verticalement par une plaie oblique de haut en bas, de dehors en dedans et de droite à gauche; elle s'étend depuis le tissu gencival qui entoure la dernière grosse molaire jusque vers le côté droit de la luette. Cette dernière est intacte et se trouve au bord gauche de la fente. On comprend déjà que le voile du palais se trouve divisé verticalement en deux parties inégales dont la plus large se trouve à gauche, du côté de la luette. Supérieurement la division ne s'étend pas jusqu'à la voûte palatine osseuse. L'amygdale droite et les piliers du voile du palais sont eux-mêmes intéressés, déchirés. Des caillots sanguins couvrent toutes ces parties. Le toucher sur ces tissus et aux environs ne fait sentir nulle part les petits grains de plomb, qui, ayant ainsi que les grains de poudre non enflammés fait balle, ont déchiré les tissus et se sont enfoncés profondément; ils seront probablement éliminés par la suppuration.—Les suites de cette plaie n'ont rien présenté d'extraordinaire; la réaction inflammatoire a nécessité une application de sangsues autour du cou, des cataplasmes émollients et la diète; les parties se sont dégorgées, les escarrhes se sont éliminées, quelques-unes ont été excisées, les parties déchirées se sont rapprochées, cicatrisées; la fente du voile du palais a beaucoup diminué, s'étant cicatrisée par réunion à son angle supérieur. Aujourd'hui, 19 août, le malade présente l'état suivant: Toutes les plaies sont cicatrisées, la fente seule du palais persiste comme une difformité; ses bords sont épais et cicatrisés séparément;

le triangle qu'ils forment offre 6 à 9 centimètres de hauteur (2 à 3 pouces); ce triangle est obliquement placé, l'un des lambeaux du voile, le gauche étant plus large, ainsi que nous venons de le dire. M. Jobert pratique la staphyloraphie : il a commencé par passer un fil dans le milieu de la hauteur du triangle, en embrochant d'un seul trait les deux lambeaux avec une longue aiguille courbe portée d'avant en arrière et de dehors en dedans ; puis un second point de la même manière en haut et un troisième en bas. Après que ces trois fils ont été passés, l'opérateur a rafraîchi les bords de la fente à gauche avec des pinces à pansement et des ciseaux droits; à droite, à l'aide des pinces et d'un bistouri. Les fils ont été noués avec une grande facilité à l'aide des seuls doigts et sans pinces, la cavité buccale étant chez ce jeune homme naturellement très large. L'opération s'est trouvée ainsi exécutée en quelques instants. Nous reviendrons sur ses suites s'il y a lieu.

— Le point de vue pratique que ce fait nous a paru offrir comme digne d'attention, c'est la diminution progressive très grande de la fente du voile du palais; à tel point que, depuis l'époque où la plaie semblait dégorgée et cicatrisée jusqu'à aujourd'hui, la brèche s'était rétrécie, raccourcie du quart ou même davantage, et ses bords s'étaient bien rapprochés entre eux. Ce raccourcissement de la fente s'est opéré de haut en bas, ainsi que nous l'avons dit, de telle sorte que si on l'eût opérée plus tôt, on aurait eu affaire à une division beaucoup plus étendue. De là le précepte important d'attendre quelques mois avant d'entreprendre la staphyloraphie dans ces cas. On n'a, au reste, que rarement l'occasion de pratiquer la staphyloraphie pour les cas de ce genre, ce qui rend ce fait plus intéressant encore. Quant à l'absence de détonation pendant la décharge de l'arme, la chose avait déjà été signalée et expliquée par quelques auteurs, mais cela ne se rencontre que très rarement. On comprend parfaitement le mécanisme de la détonation par le choc instantané que les colonnes de l'air reçoivent par la sortie subite de la charge qui chasse violemment les couches atmosphériques ; la colonne de gaz formée dans le canon par l'inflammation de la poudre, agit, ainsi que le projectile lui-même, en ébranlant l'air à l'instar d'un fouet qu'on secoue énergiquement. Or, lorsque la bouche du canon est exactement appliquée contre un corps, il est évident qu'il n'y a pas de choc atmosphérique possible, et par conséquent pas de bruit, pas de détonation ; le projectile chassé par la colonne élastique des gaz, passe alors tout droit dans le corps contigu, et les gaz demeurent en partie dans le fusil, pour en sortir lentement aussitôt après ; ils s'échappent même en partie par la lumière, et c'est ce qui peut donner naissance à un autre danger, à l'éclatement du canon. Cette question a dû quelquefois être discutée au point de vue médico-légal. L'on comprend, au surplus, que ce mode de décharge d'une arme à feu est, à circonstances égales, plus redoutable que le coup à distance ou même à petite distance, par la raison que le coup fait balle, même alors qu'il n'y a pas de plomb, et cette action résulte de la bourre, des grains de poudre non enflammés et du courant violent de gaz qui frappe les tissus, les déchire, les mortifie, etc.; raison de plus quand la charge contient du plomb ou d'autres projectiles solides.

Abcès froid énorme. Injections iodées.— Un jeune homme, âgé de 23 ans, cordonnier, de mauvaise constitution, offrant partout le corps des cicatrices, par suite d'abcés froids qu'il avait essuyés, surtout au cou et aux membres, portait depuis trois mois une tumeur très volumineuse, occupant toute la face postérieure de la cuisse droite. Il s'est fait recevoir à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agissait évidemment d'un abcès froid; la fluctuation s'étendait presque depuis le pli de la fesse jusqu'au jarret. M. Jobert l'a vidé à l'aide d'une ponction avec le trois-quarts et il a injecté aussitôt dans le foyer 250 gm. (8 onces) de teinture d'iode pure qu'il a laissée séjourner quelques minutes comme dans l'opération de l'hydrocèle des bourses. Après la sortie de la teinture, on a exercé sur le foyer une compression aplatissante. Dix jours après, on a répété la même opération, et depuis lors, il y a maintenant près de deux mois, le foyer est resté aplati, ses parois se sont recollées sous l'influence de la réaction bourgeonneuse et de la compression; une petite ouverture fistuleuse qui s'était formée sur le lieu de la ponction, est presque épuisée, et le malade est guéri de la tumeur. Reste l'état constitutionnel à améliorer, mais l'on comprend que la chose est difficile dans nos hôpitaux.

— Boyer voulait qu'on n'ouvrît les abcès froid qu'à l'aide de la potasse caustique, dans le but d'échauffer par ce moyen le foyer purulent et de le mettre ainsi dans les conditions des abcès dits chauds, ce qui doit, à ce qu'on croit, les guérir plus promptement que si on les ouvrait avec le bistouri. M. Roux et d'autres chirurgiens, sont restés fidèles à cette pratique, qui au reste est celle de l'école de Desault. Sans doute que traités de cette manière, les abcès froids guérissent lorsque leur foyer n'est pas très vaste, que la peau n'est pas décollée; mais ils guérissent également lorsqu'on les ouvre primitivement avec le bistouri, sans l'usage préalable de la potasse. Il est inexact de dire que la potasse échauffe le foyer purulent, surtout lorsque la paroi sur laquelle on l'applique est épaisse, car l'action de ce composé chimique est superficielle, ne pénètre point jusqu'au foyer. C'est donc plutôt dans un but de prétendue révulsion que quelques personnes appliquent la potasse dans le traitement de ces abcès. Révulsionner, quoi? Il s'agit de vider une collection purulente et d'en tarir la source, voilà les véritables indications, et l'on ne voit pas trop en quoi les cautères à la potasse pourraient être utiles, aujourd'hui surtout que les injections iodées ont été adoptées avec un succès complet contre cette maladie comme contre plusieurs autres. En Italie et en Angleterre, les abcès froids sont depuis longues années traités avec succès à l'aide des injections de vin chaud, comme méthode générale; nous avons fait notre thèse doctorale sur ce mode de traitement, d'après un certain nombre de faits de ce genre que nous avions recueillis à l'hôpital de Naples; aussi la pratique par les injec-

tions iodées ne pouvait-elle pas manquer d'attirer nos sympathies. C'est là une acquisition précieuse.

Hôtel-Dieu (M. Roux).

Polypes de la base du crâne. — Il est des polypes, des végétations sarcomateuses des fosses nasales tellement volumineux, qu'ils défient quelquefois impunément, pour ainsi dire, les armes de la chirurgie. Un jeune homme, âgé de vingt ans passés, offrait une de ces tumeurs colossales dans la narine droite; le palais était perforé dans sa voûte osseuse, les os nasaux étaient détruits et la masse proéminait dans la bouche comme en dehors de la partie moyenne du nez, par des prolongements tubéreux qui avaient perforé les parties molles et dures. La masse égalait le volume du poing; elle était inébranlable, et l'on ne pouvait l'attaquer avec avantage ni du côté de la cavité naturelle du nez, ni de celui du voile du palais. Fendre la narine d'après la pratique de Dupuytren, eût été également insuffisant. M. Roux a eu l'heureuse idée de diviser tout le pavillon nasal en deux, à l'aide d'une longue incision, depuis le front jusqu'au lobe du nez, en passant par la ligne médiane, jusqu'à la lèvre; il a disséqué un très grand lambeau latéral qu'il a rejeté sur l'œil et sur la tempe, et mis la tumeur à découvert, qu'il a pu alors attaquer avec succès. Le lambeau a été replacé et il s'est réuni. Le malade a guéri. Aujourd'hui, 18 mois après l'opération, la guérison persiste dans un état parfait; la cicatrice au nez est à peine visible; seulement le nez est un peu écrasé à sa racine par l'absence des os nasaux; mais cela n'est pas très choquant. A la partie latérale du nez, il restait une brèche aux parties molles qui avait été faite par le polype lui-même; M. Roux vient de la combler parfaitement à l'aide d'une petite autoplastie. Il espère en faire autant pour la perforation de la voûte palatine.

Ligature de la veine saphène. — Dans un cas d'ulcère à la jambe, compliqué de varices, chez un homme, M. Roux a pratiqué dernièrement la ligature de la saphène, vers le tiers inférieur de la cuisse. Il a posé une bande circulaire à la partie supérieure de la cuisse, qu'il a nouée comme dans la saignée du bras pour faire gonfler la veine, passé une épingle sous le vaisseau de manière à mettre celui ci à cheval sur elle; puis, avec un fil ciré, il a décrit des 8 sur l'épingle, et la veine s'est trouvée assez comprimée par le fil pour intercepter le cours du sang. Ce fil est laissé en place quelques jours et l'épingle retirée après; la veine doit alors se trouver oblitérée. Cette opération, que quelques chirurgiens redoutent à cause de la phlébite; que d'autres rejètent comme inutile ou insuffisante, trouve donc aujourd'hui encore l'appui d'une grande autorité. C'est déjà dire qu'elle mérite de nouvelles études. Peut-être que les accidents tenaient au mode opératoire qui laissait les fils jusqu'à la suppuration, à la division de la veine, comme après la ligature des artères. M. Roux ne fait qu'une ligature temporaire. L'épingle est restée dix jours en place chez ce malade.

PROPOSITIONS CLINIQUES.

Fissures à l'anus. — M. Blandin compte jusqu'à présent 47 cas de fissure à l'anus guéris par lui à l'aide de la division sous-cutanée du muscle sphincter. A l'instant les douleurs cessent, les gardes-robes s'effectuent sans souffrance, et la petite ulcération sinueuse se cicatrise en peu de jours à l'aide de quelques attouchements avec le nitrate d'argent. Nous avons déjà décrit le procédé opératoire dans nos comptes-rendus précédents. Cette pratique paraît désormais acquise à l'art, mais M. Blandin est à peu près le seul qui en fasse usage.

Abcès à la vulve.— Dans les abcès des grandes lèvres, M. Velpeau établit pour précepte de les ouvrir généralement par la face épidermique, antérieure ou externe, la guérison s'effectuant mieux de la sorte que quand on les ouvre du côté de la muqueuse, ainsi que les auteurs classiques l'avaient enseigné. Par cette dernière voie, en effet, il existe le plus souvent un écoulement âcre, qui irrite le foyer purulent, et la lésion se prolonge, se convertit en fistule, etc., ou bien il en résulte des adhérences contre nature désagréables.

Anus contre nature.— L'anus contre nature, qui succède à une hernie, s'il ne guérit pas spontanément ni à l'aide de l'opération de Dupuytren (entérotomie), ne doit pas être tout à fait jugé incurable. Un homme qui se trouvait dans ce cas, et dont nous avons rapporté l'histoire (t. 2, p. 341), a été opéré, il y a un an, par autoplastie d'abord sans succès, puis par simple affrontement des bords de la brèche à l'aide d'un suture simple, par M. Jobert, et l'obturation s'est effectuée contre toute attente. Aujourd'hui, nous venons de revoir cet homme qui s'est représenté à l'hôpital pour avoir un bandage; la guérison est complète et admirable; la cicatrice s'est solidifiée, et le patient se trouve rendu à l'existence normale.

Blessures des artères. — Dans les lésions traumatiques des artères des membres, on ne doit compter positivement que sur la ligature des deux bouts sur le lieu même de la plaie. Le jeune homme dont nous avons parlé dans le dernier numéro, page 185, et qui venait de subir la ligature de la fémorale, pour une blessure de la tibiale antérieure, allait bien d'abord, puis des fusées purulentes se sont déclarées autour de la blessure, on a dû lui amputer la jambe dans le genou, et il est mort d'infection purulente!

BULLETIN OPHTHALMOLOGIQUE

Symblepharon organique. *Opération nouvelle* (M. Blandin). — Un jeune homme, ouvrier dans une fonderie de canons, a reçu depuis longtemps un fragment de fer incandescent sur l'œil droit. Il en est résulté un travail suppurant qui a fait adhérer la paupière inférieure a la cornée. La moitié inférieure du disque cornéal se trouvait couverte par la paupière dont la conjonctive était confondue avec la membrane du même nom qui couvre la sclérotique. Les deux muqueuses paraissaient adhérer dans une grande étendue, et le bord tarsien était fortement accollé contre la cornée. Le malade voyait un peu de cet œil, par la moitié supérieure de la pupille qui était était libre. Le cas était comme on le voit, difficile, moins pour la dissection que pour le rétablissement des mouvements de la paupière, par la raison que les deux conjonctives étaient détruites et que la plaie de la dissection aurait, par la cicatrisation, amené la même difformité si l'on se fût contenté de la seule séparation des parties réunies contre nature. M. Blandin a eu l'heureuse idée d'appliquer ici le même procédé qu'il avait naguère employé pour la restauration des narines (Voyez notre numéro de juin dernier, page 104), savoir, le procédé dit *de redoublement*, que Delpech avait imaginé pour la formation de la lèvre inférieure. M. Blandin a donc disséqué délicatement la paupière de la surface de l'œil dans toute son étendue, il a bien dégagé ce voile membraneux jusqu'à la base de l'orbite, puis il l'a rétroussé sur lui-même du côté de la face saignante, de telle sorte que son bord tar-

sien, déjà dégarni de cils s'est trouvé intro-versé comme dans un entropion. Pour fixer les parties dans cette position deux points de suture ont été pratiqués à l'aide de deux fils séparés, passés avec une aiguille de la manière que les tailleurs appellent *bâtir*. On comprend que par ce mode opératoire la conjonctive palpébrale se trouve remplacée par l'épiderme externe et la plaie de l'œil est forcée à se cicatriser séparément. C'est ce qui est arrivé effectivement. Le troisième jour, la réunion était déjà assurée, le globe oculaire exécutait librement ses mouvements, et la vision s'exerçait parfaitement. Il a été facile de voir que la paupière redoublée s'était allongée par le fait de l'ascension de la peau de la joue qui est venue à son secours comme après l'excision de la paupière elle-même. Nous comptons revoir ce malade sous peu de jours, et nous compléterons cette magnifique observation. — P. S. Aujourd'hui, quinzième jour de l'opération, les bienfaits se soutiennent; le globe oculaire exécute librement ses mouvements, sa moitié bourgeonneuse à vif, et paraît éprouver de la difficulté à se cicatriser; il doit se former là une muqueuse nouvelle ou du tissu inodulaire qui remplacera la conjonctive. D'un autre côté, le bord retroussé de la paupière paraît s'être décollé un peu au fond, de sorte qu'il est a craindre que quelques nouvelles adhérences ne se forment inférieurement, mais jusqu'à présent la restauration est parfaite, la paupière s'est très bien allongée par l'ascension de la peau de la joue, et sous ce rapport le résultat est parfait. Nous reviendrons sur ce fait.

Nous attachons à ce fait un très grand prix par la raison qu'il ouvre une voie nouvelle, et d'une efficacité réelle, à la thérapeutique d'une infirmité fâcheuse, qui était restée comme incurable jusqu'à ce jour dans la plupart des cas. Une foule de ressources, de méthodes et de procédés, avaient été inventés contre le symblepharon ; tout avait échoué lorsque les adhérences étaient étendues, lorsque la conjonctive était détruite. On avait trouvé autrefois fort ingénieux, le procédé que M. d'Ammon avait proposé pour ces sortes de cas et dont on trouve la description dans notre traité d'ophthalmologie; mais ce procédé lui-même était resté sans application utile et ne saurait en vérité soutenir un instant le parallèle avec le procédé que nous venons de décrire sur ce fait. Il n'est plus désormais d'ankyloblepharon ou de symblepharon organique qui ne puisse être heureusement attaqué à l'aide de l'opération ci-dessus.

Kyste sourcilier volumineux. *Cas rare* (M. Jobert) — Un jeune homme portait dès l'enfance une petite tumeur enkystée, dans l'épaisseur de la queue du sourcil, du côté gauche. On l'avait opéré deux fois à l'aide du bistouri, et deux fois le mal s'était reproduit, à cause sans doute de la persistance de la coque secrétante qu'on avait omis d'enlever. Le patient avait depuis plusieurs années abandonné les choses à elles-mêmes, et la tumeur reproduite avait petit à petit acquis des dimensions assez considérables, elle formait une difformité choquante, et c'est ce qui l'a déterminé à entrer à l'hôpital. La tumeur offrait le volume d'une noix; est placée à l'angle externe du sourcil, est mobile à la base, tout-à-fait sous-cutanée et compressible par une forte pression du doigt. Une cicatrice horizontale indique la trace des deux opérations déjà pratiquées. M. Jobert a fait remarquer avec raison que par cette direction de l'incision on doit léser ici un plus grand nombre de filets nerveux, que quand on coupe parallèlement à la ligne médiane. Ce chirurgien a donc pratiqué une incision verticale sur la tumeur, disséqué les lambeaux, et enlevé le kyste sans l'ouvrir. Cet enlèvement a dû se faire par dissection plutôt que par énucléation, les opérations précédentes ayant déjà épaissi l'atmosphère cellulaire qui servait de lit à la tumeur. On s'est aperçu qu'au fond de la plaie, l'os frontal était remarquablement enfoncé sur le point que la tumeur avait occupé, mais sans usure apparente du périoste ni de l'os lui-même. Les suites de cette opération n'ont rien présenté de remarquable, si ce n'est que le lieu de la cicatrice offre un enfoncement sur le frontal comme si ce point eût subi une dépression par l'action du bout d'un doigt, condition qui n'existe pas sur le point correspondant de l'autre côté du front. La dissection de la tumeur a offert une matière filante comme du miel, et un kyste à parois très épaisses, molles, charnues, rappelant l'estomac de certains volatiles. — Les kystes sourciliers offrent toujours quelque chose de particulier qui les différentie des kystes ordinaires des paupières; le plus souvent ils contiennent des poils dans leur intérieur, conjointement à une matière analogue à du suif, surtout lorsqu'ils sont placés à l'angle externe. Chez ce malade cependant, rien de pareil, mais le volume de la tumeur était insolite dans l'espèce, et ce qui la rend plus remarquable encore c'est l'espèce de dépression qu'elle a produit sur le frontal. Ce dernier phénomène doit être considéré comme un véritable effet d'atrophie circonscrite, par le seul fait de la compression, laquelle s'oppose à une nutrition convenable dans ce point de l'os, ainsi que Ribes s'est efforcé de le prouver à l'occasion des tumeurs réputées ossivores, placées dans d'autres régions. Ce fait au reste est une nouvelle preuve de l'importance de détruire ou d'enlever la coque secrétante quand on opère ces tumeurs, sous peine de les voir répululler et grossir ensuite plus que si on n'y eût rien fait.

Blépharoplastie. — M. Cappelletti vient de nous adresser un mémoire, imprimé en 1844, sur la blépharoplastie, dans lequel l'auteur décrit un procédé ingénieux de son invention, qu'il a mis en pratique avec succès chez une dame de 40 ans, dont la paupière inférieure était affectée de cancer. Nous nous abstenons de reproduire les détails de ce mode opératoire, par la raison que les faits récents qui viennent de se passer dans les hôpitaux de Paris, et que nous avons fait connaître, rendent désormais inutiles tous les procédés blépharoplastiques inventés jusqu'à ce jour. Il résulte en effet de ces faits qu'une paupière ou les deux peuvent être excisées en totalité jusqu'au pourtour, et la nature réforme promptement, d'elle-même, les parties enlevées par glissement spontané des tissus adjacents. La nouvelle paupière est d'une perfection admirable; jamais blépharoplastie artificielle n'avait rien obtenu d'aussi complet. Dernièrement encore, M. Robert a enlevé toute la paupière inférieure à un homme âgé; il s'en est formé spontanément une autre tellement parfaite, que, sans l'absence des cils, il serait impossible de savoir que l'ancienne paupière avait été enlevée. Nous venons de voir cet opéré ; le résultat est magnifique. Le même phénomène a eu lieu dans le cas de M. Gerdy, où les deux paupières ont été enlevées. Nous avons observé cette différence entre le résultat

de ces deux opérations; dans l'enlèvement d'une seule paupière, la fente palpébrale conserve son oval naturel après la guérison, tandis qu'après l'ablation des deux paupières, l'ouverture palpébrable devient circulaire comme celle de certains vieillards; mais c'est là une bien faible difformité. S'il s'agit de la paupière supérieure, les tissus du front qui la remplacent jouissent d'une mobilité volontaire, et les poils du sourcil viennent remplacer les cils. Qu'il s'agisse d'un cancer, d'un ectropion organique, d'un trichiasis obstiné; dans l'état actuel de l'art, le chirurgien ne doit pratiquer, selon nous que la simple excision partielle ou totale de la paupière. La blépharoplastie reste donc reléguée comme une opération inutile jusqu'à nouvel ordre.

TOXICOLOGIE.

Note sur trois cas d'empoisonnement guéris a l'aide de méthode italienne, *lue devant l'Athénée de Venise, par M. Barzilai, D. M.* (1).

1er *Fait.* (**Arsenic**). — Antonio Moro, âgé de 52 ans, balayeur, de forte constitution, jouissait d'une santé parfaite lorsqu'il est descendu, le 13 mai dernier, à 10 heures du matin, dans une cave pour la balayer. Il aperçoit du fromage dans un coin (fromage saturé d'arsenic pour servir de mort aux rats) et il en avale gloutonnement une grande partie avant de se mettre à l'ouvrage. Un certain goût désagréable, qu'il a senti au palais après les premières bouchées, ne l'a pas empêché de continuer à satisfaire sa faim dévorante. Peu d'instants après, il éprouve un sentiment de chaleur et de malaise à l'estomac, puis de brûlure à la gorge, avec de la salivation, des nausées et des efforts pour vomir. Ces phénomènes sont devenus de plus en plus intenses, et le patient à appelé au secours. On a de suite appris qu'il venait de manger du fromage arséniqué; on l'a transporté à une pharmacie voisine où on lui a administré un émétique comme premier secours. Le malade a vomi abondamment; les symptômes dynamiques dus à l'absorption se sont bientôt déclarés avec une grande violence. Ce malheureux est tombé dans une prostration générale considérable, il accuse un froid glacial par tout le corps; crampes aux membres et mouvements convulsifs. Deux heures s'étaient déjà passées dans cet état lorsque je suis arrivé. Il est midi: je trouve ce malheureux, que je connaissais déjà, naguère si robuste, si bien portant, dans un état si alarmant que sa figure était presque méconnaissable; ses traits étaient retirés, grippés, ce qui lui donnait un air de maigreur incroyable; visage d'une pâleur mortelle; yeux ternes, enfoncés, entourés d'un cercle livide; des sueurs froides coulent du front et des joues. Dans la cavité buccale on observe une rougeur prononcée vers la voûte palatine et vers l'isthme du gosier; la langue est couverte d'une couche jaunâtre; le malade accuse de l'anxiété à la région du cœur; l'abdomen est très douloureux sous une pression un peu forte; les battements du cœur et les bruits respiratoires sont si légers qu'ils sont presque imperceptibles; voix extrêmement faible; pouls profond, filiforme, presque insensible; membres immobiles et d'un froid glacial; syncope répétées à chaque instant. Tel était l'état dans lequel nous avons trouvé ce malheureux.

J'ai de suite demandé du rhum généreux. En attendant qu'on apportât cette liqueur, j'ai fait frictionner les membres du malade avec des serviettes chaudes. Il a aussitôt commencé à prendre du rhum, par petites doses rapprochées, tantôt pur, tantôt mêlé à un peu d'eau. Le malade se sentait ranimer par cette liqueur; peu à peu l'action du cœur s'est relevée, ses bruits se sont fait entendre, le pouls s'est développé, la chaleur a reparu dans les régions frictionnées; et chose admirable, à mesure que le patient avalait la liqueur enflammante, les douleurs abdominales diminuaient, et la sensation de chaleur et de feu que le malade accusait à l'œsophage et au pharynx a cessé presque complétement. Dès que la réaction d'excitation a été obtenue, que le rhythme des fonctions organiques était remonté, que le malade se sentait mieux, je l'ai quitté, en prescrivant la continuation de la potion alcoolique par petites doses. J'ai prescrit en outre de l'eau vineuse pour tisanne, puisque le malade accusait une soif intense. Deux heures plus tard, j'ai revu le malade: le mieux était progressif; la réaction m'a même paru plutôt forte; j'ai en conséquence fait suspendre l'alcoolique. — A huit heures du soir, le mieux est si prononcé qu'on aurait dit le malade être passé de la mort à la vie; il est gai, se sent fort, ne souffre nulle part, les douleurs abdominales ont disparu, les membres sont agiles et chauds. Cependant le pouls est lent et encore faible; j'ai donc prescrit de nouveau quelques petites doses de la potion stimulante, à des distances éloignées pour le courant de la nuit. — Le 14 au matin (lendemain de l'accident); la nuit s'est passée sans sommeil, mais sans souffrances, si ce n'est que le malade a éprouvé quelques petits pincements intestinaux (coliques) et quelques crampes passagères aux mollets et aux mains. Ce matin il a eu une garde-robe. Le patient, au reste, paraît tout à fait bien, il ne se plaint que de faiblesse et de la faim. On suspend les alcooliques, on accorde des aliments. Convalescence franche. Le 15, le malade se lève, il est bien portant, mais faible, il tremble et vacille sur ses jambes. Guérison complète.

2e *Fait.* (**Sulfate de cuivre**). — Le 21 avril dernier, j'ai été appelé en toute hâte auprès d'un nommé Ricleard, artiste mécanicien, pour secourir sa petite fille âgée de six mois. Cette enfant était saine, forte et bien portante, quand elle s'est réveillée le matin du 21, de très bonne heure, en pleurant, en criant, ainsi que cela lui était ordinaire; sa mère s'est aussitôt levée, et pour l'apaiser, elle lui a fait presqu'en dormant un peu d'eau sucrée; au lieu de sucre elle a pris par mégarde, sur la table de travail de son mari, du vitriol de Cypre en poudre qu'elle a versée dans l'eau, et l'enfant a bu ce mélange toxique; la mère s'est recouchée aussitôt. Peu d'instants après l'enfant, au lieu de s'apaiser, s'est mise à crier avec plus de force; la mère l'a prise alors et l'a appliquée à son sein pour la faire têter. L'enfant a aussitôt présenté des efforts pour vomir, puis elle a vomi un liquide abondant. Bientôt cependant la mère s'est aperçue que l'enfant changeait à vue d'œil. En y réfléchissant, ses yeux portent sur le verre dans lequel elle avait fait l'eau sucrée; elle y voit un reste de cette eau, laquelle est de couleur bleue, et elle comprend de

(1) Memoriale della medicina contemporanea, juin 1845.

suite sa malheureuse méprise. On s'est alarmé avec raison, mais au lieu d'appeler de suite un médecin, on s'est contenté d'administrer à l'enfant 15 gram. (demi-once) d'huile d'amendes douces dans une petite émulsion, espérant que cela suffirait pour prévenir les accidents. Quelques heures après cependant une diarrhée effrayante se déclare et l'on se décide à venir me chercher. J'arrive de suite, et en montant l'escalier de la maison, je trouve la malheureuse mère qui descend à ma rencontre, en pleurs et en larmes, me montrant entre ses bras son enfant naguère si vive, si forte, si belle, réduite en quelques heures dans un état vraiment incroyable, si grands étaient les changements qui étaient survenus brusquement dans son organisme. Voici dans quel état je l'ai trouvée : l'enfant gémissait d'une voix très faible, visage grippé, exprimant la douleur, paupières à demi-fermées, ventre balonné mais mou, la pression angmente les cris de douleur, écoulement par l'anus d'une liqueur sanguinolente, laquelle se répand aux fesses qui en sont excoriées; battements du cœur faibles; pouls à la radiale à peine perceptible ; membres inférieurs froids, plus que les supérieurs; mouvements convulsifs répétés. — Ces phénomènes rapprochés des antécédents de la maladie, de l'examen du liquide restant de la boisson et de la matière vomie, n'a pu laisser de doute sur la nature de l'accident. J'ai prescrit de suite une potion stimulante composée : d'eau de canelle 60 gram. (deux onces), sirop de morphine 15 gram. (demi-once), à prendre par cuillérées; en outre, un lavement de sirop de diacode dans un peu d'eau, à répéter de temps en temps. Au bout d'une heure de ce traitement, le dévoiement avait déjà beaucoup diminué de fréquence et de force; bientôt il s'est arrêté tout à fait. L'enfant a paru moins souffrir, le pouls s'est relevé un peu. Le lendemain 22, la dyssenterie avait cessé, mais les jambes étaient encore froides et la circulation faible. J'ai fait continuer la potion stimulante et prescrit de la bouillie pour aliment. Le soir, la diarrhée et les autres phénomènes d'hyposthénie reparaissent ; j'ai fait répéter la potion cordiale, et l'on a continué ainsi jusqu'au 23. L'amélioration a été progressive; guérison complète du troisième au quatrième jour.

3e *Fait.* (**Cantharides**). — Un Anglais, capitaine d'un bâtiment marchand, âgé de 34 ans, de belles proportions, très vigoureux, était sujet à des douleurs rhumatismales qui revenaient de temps en temps, et contre lesquelles on lui avait prescrit, à Londres, de la teinture de cantharides pour être frictionnée sur les lieux douloureux. Il portait avec lui l'ordonnance, laquelle prescrivait 90 gm (3 onces) de teinture. Le 7 juin dernier, il a été saisi avec violence de ses douleurs habituelles; il a donc envoyé faire expédier l'ordonnance, et au lieu de frictionner le remède, il en a bu quelques cuillerées dans un peu d'eau, ayant mal compris ou oublié l'usage qu'il devait en faire. Bientôt il s'est aperçu que les douleurs avaient changé de place, qu'elles s'étaient portées à l'estomac. Il a continué à boire du médicament dans l'espoir qu'elles disparaîtraient tout à fait de ce lieu. En attendant, il s'est fait appliquer en même temps des linges chauds sur le ventre et il a bu du thé tiède. Ces moyens ne l'ayant pas soulagé, j'ai été appelé; il était deux heures après midi quand je suis arrivé auprès de lui. Je l'ai trouvé dans l'état suivant : visage pâle, yeux ternes, abdomen mou mais très douloureux à la pression; le malade accuse un sentiment de brûlure dans la bouche, le long du canal de la déglutition, des douleurs atroces vers les reins, vers les uretères et la vessie urinaire; il ne peut rendre une seule goutte d'urine, malgré les efforts incessants qu'il fait et le besoin impérieux qu'il éprouve pour cela; *pas de priapisme*; mouvements spasmodiques aux quatre membres; sentiment d'un froid mortel général; prostration extrême, indéfinissable; intelligence nette mais torpide; pouls profond et lent. J'ai examiné la fiole du médicament et j'ai trouvé que le malade en avait bu à peu près la moitié, c'est-à-dire plus de 30 gm. (1 once). L'empoisonnement était évident, l'hyposthénie manifeste, et par conséquent aussi l'indication à remplir. J'ai donc demandé si l'on avait quelque liqueur alcoolique ; on m'a présenté une bouteille d'excellente eau-de-vie. J'en ai versé dans un verre et donné à boire au malade qui la refusait d'abord, disant que l'on ajoutait par là feu sur feu ; il en a bu promptement une centaine de grammes (plusieurs onces); le malade s'est senti mieux; il a continué à boire et, chose étonnante, à mesure que l'alcoolique était ingéré, l'irritation douloureuse de la gorge et de l'estomac, les douleurs atroces du ventre, de la vessie et des reins s'apaisaient, l'ischurie a promptement disparu, le malade a bientôt rendu des urines abondantes très colorées. J'ai prescrit en même temps une potion cordiale composée : d'eau distillée de canelle 90 gm. (trois onces), laudanum 4 gm. (un gros), sirop de morphine 30 gm. (une once), à prendre par cuillerées, peu à peu. J'ai insisté également sur des frictions aux membres avec des alèzes chaudes, et pour étancher la soif, j'ai ordonné de l'eau vineuse comme tisane. Je n'ai pas quitté le malade avant de voir la réaction bien établie et l'amélioration bien assurée; j'ai ordonné la continuation des mêmes moyens. — Le lendemain, à huit heures, le malade dormait depuis la pointe jour. Hier soir, les faiblesses, les souffrances, ainsi que l'urine sanguinolente, avaient reparu, mais l'usage des potions stimulantes les a dissipées. Aujourd'hui il est abondamment couvert de sueur, il est gai, ne souffre nulle part; le pouls et l'état du cœur sont remontés à leur rhythme presque normal; la langue est un peu rouge et recouverte d'une couche saburrale; les urines sont encore un peu sanguinolentes; le malade se plaint seulement d'un sentiment de faiblesse. J'ai recommandé la continuation de la boisson alcoolique et le séjour au lit. A ma seconde visite de ce jour (deux heures après-midi), j'ai été surpris de ne plus trouver le malade chez lui; il s'était si bien senti qu'il s'était levé et était sorti, ayant des affaires importantes en ville. Le jour suivant il était bien portant; et comme il n'était pas allé à la garde-robe depuis quelques jours, je lui ai prescrit un purgatif salin et j'ai cessé mes visites. Quelque temps après cependant je l'ai rencontré, il m'a dit que depuis que j'avais cessé de le voir ses urines étaient restées un peu rosées pendant quelques jours encore et que la lassitude générale dont il se plaignait avait aussi duré quelque temps. Trois semaines plus tard, je l'ai rencontré de nouveau et il était tout à fait rétabli.

L'auteur fait suivre ces intéressantes observations des réflexions suivantes : « 1o Dans les trois cas, les alcooliques ont évidemment affaibli, paralysé les effets des poisons ingérés. Or, puisque les médecins de tous les pays, de toutes les écoles, considèrent le rhum ,

l'eau-de-vie, le vin, et quelques-uns aussi, les opiacés comme des substances surstimulantes, on doit au moins convenir que l'action de l'arsenic, du sulfate de cuivre, de la cantharide était diamétralement opposée : c'est ce que dans nos écoles nous appelons action déprimante, controstimulante, hyposthénisante; 2° L'action mécanique des poisons appelés improprement irritants, est en raison inverse de l'action dynamique : de telle sorte que les phénomènes locaux sont d'autant moins sensibles que la vie est plus menacée. Les effets locaux, au reste, sont plutôt incommodes que dangereux, ils s'apaisent avec le retour des forces; 3° Le vomissement n'est pas toujours indispensable au bon succès de la cure. En effet, dans le cas d'empoisonnement par les cantharides, le malade n'a pas vomi et pourtant la guérison n'a été ni moins prompte ni moins heureuse. Nous devons ajouter qu'il n'est pas rare que l'émétique ajoute à l'action du poison, aggrave son état et rende la guérison impossible s'il s'agit d'un poison hyposthénisant, par la raison que l'émétique est lui-même un poison hyposthénisant qui est absorbé à son tour. L'on comprend qu'une forte dose de tartre stibié peut rendre mortel un empoisonnement qui ne le serait pas sans cela ; 4° Les faits précédents confirment la loi de la capacité morbide, puisque les malades ont pu prendre, dans un temps très court, une quantité considérable de substances stimulantes sans qu'ils manifestassent le moindre signe d'ivresse. »

DOCUMENTS TOXICOLOGIQUES.

Arsenic.—«De toutes les questions qui se rattachent à la médecine légale, la plus intéressante, sans doute, est celle qui concerne l'absorption des poisons. Cette partie de la physiologie animale n'a commencé à être bien connue chimiquement que depuis quelques années; aussi l'étude des phénomènes qu'elle embrasse laisse-t-elle beaucoup à désirer, et le chimiste doit-il saisir avec empressement la moindre circonstance qui lui permet de jeter quelque jour sur cet important sujet. Le grand drame qui a occupé naguère la cour d'assises d'Auch, et dont le dénouement a été tel qu'il avait été prévu depuis l'ouverture des débats, m'a fourni l'occasion de constater un fait qui s'y rapporte même assez intimement, et dont la médecine légale saura tirer parti. On se rappellera d'abord qu'il a été question, dans ce procès, de médicaments secrets dont Lacoste (la victime présumée) aurait fait usage pour se guérir de dartres anciennes, et l'accusation insistait particulièrement sur ce point, que ce dernier aurait cessé l'emploi de ces remèdes quinze jours avant sa mort. Ce fait établi, ou regardé comme tel, l'accusation en tirait cette conséquence, *que Lacoste était mort empoisonné par de l'arsenic qu'on lui aurait administré à dessein peu de temps avant sa mort, et que l'arsenic retrouvé dans ses organes par les chimistes de Paris, n'avait pas d'autre origine.* — Ces conclusions, terribles et accablantes pour l'accusée, peuvent se traduire par la formule suivante : *Dans le terme de quinze jours, nos organes se débarrassent entièrement de l'arsenic que l'absorption y a introduit; après ce court espace de temps, tout phénomène de cette nature a disparu.*—Cette proposition, dangereuse en l'espèce, et que rien n'autorisait à admettre, est loin d'être en harmonie avec les faits de ce genre que des noms célèbres ont acquis à la science. En effet il a été prouvé dans ces derniers temps que, chez certains animaux, tels que le chien, le mouton, l'élimination de l'arsenic n'est complète qu'au bout de *quatre à six semaines;* M. Flandin, l'un des chimistes qui a le plus approfondi cette intéressante question, a pu retrouver encore des traces d'arsenic dans les viscères d'un animal mort trente-cinq jours après l'empoisonnement. — Maintenant, objectera-t-on, l'absorption se fait-elle chez l'homme comme chez les animaux ? Cet acte physiologique s'accomplit-il, dans tous les cas, d'une manière égale, uniforme et constante dans toutes les périodes de l'intoxication ? Nous manquons, il est vrai, d'observations exactes pour affirmer qu'il en est toujours ainsi. Tout ce que l'on sait, c'est qu'un grand nombre de poisons sont absorbés par nos organes, passent dans le torrent de la circulation et sont ensuite éliminés par les diverses excrétions de notre économie, telles que les selles, les urines, etc.; mais on ignore complètement quelles sont les limites de l'absorption, ainsi que la nature des circonstances qui peuvent y apporter quelques modifications. Voici toutefois un fait qui servira peut-être à éclaircir une question qui intéresse à la fois la médecine légale, la thérapeutique et l'hygiène publique.

«Le 25 mai 1844, M. X... se rendant aux bains d'Aix-en-Savoie, m'apporte à exécuter l'ordonnance suivante, signée du docteur Cazenave, médecin attaché à l'hôpital Saint-Louis, de Paris : Pr.: *Liqueur arsénicale de Pearson, un quart d'once* (8 gm.); *sirop de saponaire, une livre* (500 gm.) *mêlez, pour prendre matin et soir par cuillerée à bouche. Après cette dose, on en fera préparer une semblable, en doublant la proportion de liqueur arsénicale pour la même quantité de sirop.* — Je délivre d'abord à M. X... la première dose de sirop, puis la seconde quelques jours après, sur sa demande. Le malade commence son traitement le 26 mai, et le continue sans interruption jusqu'au 18 juin suivant, époque à laquelle il avait achevé la totalité des remèdes ci-dessus désignés. Dans cet intervalle, c'est-à-dire dans l'espace de 24 jours, M. X... a pris deux livres de sirop de saponaire contenant 24 grammes de liqueur de Pearson. Or, cette liqueur arsénicale étant composé de : arséniate de soude cristallisé, un grain (0,05 gm.); eau distillée, une once (32 gm.), 24 grammes représentent *trois-quarts de grain d'arséniate de soude*, soit un *demi-grain* environ d'*acide arsénique* (0,48), ou près d'un *tiers de grain* (0,31) *d'arsenic métallique.* — Le 19 juillet suivant, à ma prière, M. X... m'adresse d'Aix, un litre de son urine rendue la veille, c'est-à-dire *un mois* juste après avoir cessé son traitement arsénical : cette urine, carbonisée convenablement et introduite dans un appareil de Marsh, a fourni *douze taches* d'un brun fauve-clair, miroitantes et brillantes, qui ont présenté à l'analyse toutes les réactions propres à *l'arsenic métallique.* Un mois entier n'avait pas suffi pour permettre aux organes d'un adulte de se débarrasser de trois-quarts de grain d'arséniate de soude pris en vingt-quatre jours !..... Il est inutile d'ajouter que, pour éviter toute chance d'erreur, l'appareil dont je me suis servi a été préalablement essayé *à blanc*, pour m'assurer de la pureté des réactifs employés.—Ce fait prouve, contrairement à l'opinion émise par divers auteurs à ce sujet, qu'il ne suffit pas de *quelques jours* pour que l'économie animale se débarrasse complètement de la portion d'arsenic qui aurait été absorbée, et que l'homme qui résiste à une certaine dose de ce poison, ne l'élimine pas en un temps qui ne pourra excéder *douze ou quinze jours*

(Chatin). Par là se trouverait plutôt confirmé ce grand principe médical : que l'absorption des remèdes est d'autant plus parfaite, qu'ils sont administrés à plus petites doses, principe dont j'ai eu occasion de vérifier l'exactitude par des expériences faites sur moi-même, avec divers sels minéraux pris à des doses égales dans des intervalles de temps différents. On peut en juger par l'exemple suivant : en buvant dans la journée, par verrées, de deux en deux heures, *un quart de grain* d'iodure de potassium dissous dans un litre d'eau, j'ai pu reconnaître pendant *sept jours* la présence de l'iode dans mes urines, et pendant *six jours* dans ma salive. En buvant, au contraire, dans l'espace de une à deux heures, la même quantité d'eau iodurée, je n'ai pu retrouver aucune trace d'iode dans ma salive ; mes urines en ont fourni pendant *deux jours* seulement. Enfin, ayant avalé à jeun, et en une seule dose, *cinq grains* d'iodure de potassium dissous dans deux onces d'eau, mes urines ont renfermé de l'iode pendant *ving-huit heures*, et ma salive pendant *dix-sept heures* seulement. Toute la journée de l'expérience, j'ai été en proie à une abondante salivation. On voit combien les phénomènes d'absorption varient pour la même quantité de substance ingérée, selon que celle-ci a été étendue d'une quantité d'eau plus ou moins grande, qu'elle a été prise à des doses plus ou moins fortes, etc. Je me contente de signaler ici des résultats dont je poursuis l'examen ; nul doute qu'ils ne conduisent à d'utiles conséquences pour la manière d'administrer les médicaments.— De tout ce qui précède, on peut tirer cette sage conclusion que, dans bien des questions de médecine légale, la science est loin de pouvoir dire son dernier mot ; ce qui nous donne la mesure de la réserve qu'il faut apporter en matière criminelle, lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des faits que non seulement l'expérience n'a pas sanctionnés, mais qui sont de nature à pouvoir être résolus ou interprétés en faveur d'un malheureux que de fatales circonstances viennent parfois exposer au glaive de la justice. J. Bonjean.

« Chambéry, le 21 juillet 1845. »

REVUE GÉNÉRALE.

Gale. — Un médecin anglais, M. Phillipmore Steff, attaché à l'hôpital de Nottingham-Union, vient de publier sur le traitement de la gale quelques remarques dignes d'intérêt. Il a traité quarante galeux pendant les six premiers mois de cette année, à l'aide de simples onctions avec de l'axonge pur, sans addition d'aucun médicament interne ni externe, et ils sont tous guéris radicalement dans l'espace d'une semaine; tandis que d'autres, traités à l'aide de diverses pommades soufrées, alcalines ou autrement chargées de drogues n'ont guéri qu'après un plus long emploi du remède. L'auteur s'est livré à une étude approfondie de l'acarus de la gale, au point de vue de l'histoire naturelle et médicale ; il a soumis cet insecte à des expériences, et il a reconnu qu'en contact avec des corps gras, des huiles, il mourait promptement asphyxié, par la raison que ces corps gras, l'huile en particulier, bouchent aisément les trachées branchues par lesquelles il respire. Plusieurs autres insectes, tels que le morpion (acarus ferox pubis), la mite, l'araignée, etc., se trouvent dans le même cas. Une pommade chargée de soufre, de mercure, d'alcalis ou d'autres substances chimiques ne tue pas plus promptement; il est faux de dire que ces matières dont on charge la graisse tuent l'insecte en l'empoisonnant; au contraire, l'insecte meurt moins promptement par la raison qu'elles empêchent la graisse de boucher aussi exactement ses trachées. Les malades se sont si bien trouvés des seules onctions avec de l'axonge simple qu'après les premiers essais ils n'ont pas voulu être traités autrement. On a, par la suite, aromatisé la graisse avec un peu d'essence de bergamotte et les malades s'en servaient volontiers comme une pommade odorante. A ceux d'entre eux qui trouvaient le remède trop simple, banal ou ridicule, on masquait l'axonge par l'addition d'un peu de sesquioxyde de fer. Le remède en question offre non seulement l'avantage de guérir promptement, mais encore de n'occasionner ni eczéma, ni d'accident d'aucune espèce ; il présente, en outre, la précieuse qualité d'être inodore, bon marché et partout facile à procurer. Parmi les 40 sujets traités à l'hôpital, 23 étaient de jeunes filles, 5 garçons, 6 femmes, 4 hommes, dont aucun d'âge très avancé. L'auteur pense que la gale est propre au jeune âge, plus particulièrement aux sujets du sexe féminin dont l'épiderme mou et tendre se laisse aisément pénétrer par le sarcopte. Chez les vieillards, le parasite ne prospère guère, vu l'état atrophique du derme, le peu de chaleur de la peau et l'épaisseur indurée de l'enveloppe épidermique. Il creuse son nid de préférence dans les plis articulaires, surtout du côté de la flexion, le côté opposé étant moins chaud, plus tendu et exposé aux frottements incessants, aux lavages incommodes pour lui et aux chocs nuisibles à l'éclosion de ses œufs. Par la même raison, il ne s'arrête guère dans les plis de la face; là il serait exposé à l'action des intempéries froides et des lotions trop répétées de propreté ; il ne se fixe pas non plus à la paume de la main à cause de la dureté de l'épiderme. Partout, au contraire, où deux parties sont accolées ensemble très chaudement, et où l'épiderme est tendre comme dans l'entre-deux des doigts, à l'aisselle, au jarret, le parasite établit de préférence son domicile, ce qui ne l'empêche pas de se fixer partout ailleurs dans certains cas.

Au reste, l'auteur s'est assuré que l'acarus, et par conséquent la gale, se communique soit par l'insecte lui-même, soit par ses œufs, mais le plus souvent par ces derniers. Rarement cette transmission a lieu par simple contact momentané, la chose étant difficile de la sorte. L'auteur s'est convaincu qu'il faut pour cela un contact prolongé, le coucher, le sommeil avec les parties infectées, ou le séjour dans un lit dans lequel un galeux vient de coucher. Ce qui prouve que la transmission se fait plutôt par des œufs que par l'insecte lui-même, c'est que le mal présente une période d'incubation, les phénomènes de la gale, la démangeaison, etc., ne se déclarant que quelques jours après la contagion, temps nécessaire pour l'éclosion et le creusement sinueux du trajet et de la vésicule de sa demeure. Il résulte de ces remarques que la prétendue action spécifique du soufre n'est qu'une fable, comme tant d'autres qu'on a débitées sur d'autres médicaments. Quant à la démangeaison spéciale qui accompagne la gale, elle s'explique parfaitement par la forme des pattes de l'insecte ; il a plusieurs pattes dont deux antérieures qui se terminent par des suçoirs, et par lesquelles il est surtout cramponné fortement à la peau ; et c'est ce qui le rend difficile à enlever, à moins de l'embrocher avec une épingle. Les deux pattes postérieures se terminent par des soies très fines, que l'animal ébranle comme des rames pendant la succion ; ce sont surtout ces ébranlements soyeux du

train de derrière que le parasite exécute dans ses moments de récréation et de volupté qui produisent probablement la démangeaison si incommode. Il travaille sans doute pour la procréation et la prospérité de sa race, et ses nids se multiplient sans cesse. L'indication thérapeutique consiste donc à asphyxier mortellement le sarcopte en bouchant ses trachées respiratoires à l'aide de l'huile ou de la graisse. Pour cette insinuation dans son nid sillonneux, le frottement prolongé est donc nécessaire. Peut-être que certains médicaments joints à la graisse atteindraient mieux le but insecticède; cela n'est pas prouvé cependant, car les corps gras simples, frottés *abondamment*, guérissent le mieux et le plus promptement, d'après les expériences de l'auteur. Cette méthode serait, selon lui, applicable également à toute affection dépendant de parasites trachéloïdes, tels que les *pediculi, phthuiri*, etc. (Medical Times, 26 juillet, 1845).

— DES EXCORIATIONS DU MAMELON CHEZ LES FEMMES PRIMIPARES. *Nouvelle méthode prophylactique ; par M. Fioravante Rossi.* — On le sait déjà, les femmes qui accouchent pour la première fois sont, plus que dans les accouchements subséquents, sujettes à des excoriations du mamelon et à des mastites (phlogoses de la glande mammaire). D'ordinaire, elles éprouvent, quelques jours après avoir donné leur sein à l'enfant, un sentiment de chaleur dans le mamelon, qui rend incommode d'abord, puis douloureux l'allaitement. La cause de ce phénomène est dans la présence de quelques papules, entourées d'une auréole inflammatoire, au centre de laquelle se forme bientôt une petite vessie pleine de sérum. L'œil nu suffit pour découvrir ces petites vessies lorsqu'elles sont volumineuses ; dans le cas contraire elles ne sont visibles qu'à la loupe. La durée de ces petites vessies est très courte; elles laissent après leur rupture de petites ulcérations très sensibles. Plus le nombre de ces petites vessies est grand, plus nombreuses sont les ulcérations et les rhagades. Le mal est aggravé par la succion de l'enfant; l'excoriation augmente et elle comprend quelquefois tout le mamelon. Alors la mère, se représentant à chaque succion les tourments affreux qu'elle va éprouver, se désespère, pleure, et elle abhorre le moment où elle doit donner à têter à son enfant.

La torture est plus grande encore chez la femme dont l'enfant, pour têter, est obligé d'exercer de fortes pressions et des tiraillements sur le mamelon. Dans ces occurences, j'ai vu chez plusieurs femmes le sommet du mamelon se détacher et tomber, ce qui a rendu la succion plus difficile encore ou même impossible. La même chose a lieu pour les mamelons dont la base est entourée de rhagades profondes, à des distances variables de l'auréole mammaire. Dans l'un comme dans l'autre cas, la cessation forcée de l'allaitement et la mastite sont presque inévitables.

Frappé des conséquences fâcheuses d'une maladie qui privait souvent la mère de l'avantage d'allaiter son enfant, et enlevait en même temps à l'enfant les bienfaits d'une lactation abondante et salutaire, laquelle n'était remplacée que par une nourriture grossière ou par un lait étranger peu convenable à la santé de l'enfant, j'ai trouvé digne d'un examen approfondi un sujet si frivole en apparence. J'ai dû me demander d'abord quelles étaient les véritables causes de la maladie. J'ai donc commencé par rechercher avant tout, quelle était la proportion relative des femmes primipares, des bipares (deuxième accouchement), et des tripares (troisième accouchement), qui étaient sujettes à cette affection. Je n'ai pu résoudre cette question que d'après les seules données étroites que m'offrait ma propre pratique, aucun travail n'existant encore à ma connaissance sur ce sujet. Je dois dire que je n'ai pas compris, dans ce calcul, les cas légers de chaleur passagère aux mamelons, laquelle se dissipe promptement. — Sur 37 primipares que j'ai assistées pendant les années 1829, 1830, 1831, 1832 et une partie de 1833, et qui ont donné leur sein à l'enfant, 22 ont présenté des excoriations au mamelon pendant le premier mois de l'accouchement; 2 pendant le second mois; 1 pendant le quatrième; 1 le sixième. Dix des 22 ont été affectées de mastite, dont 3 des deux côtés et de la totalité de la mamelle, 7 d'un seul côté. Chez ces dernières, deux seulement ont eu toute la glande mammaire prise; les cinq autres n'ont présenté qu'une mastite partielle. Deux autres ont eu de simples engorgements à une seule mamelle et que de simples topiques émollients ont dissipés sans interruption de l'allaitement ; tandis que, dans les dix susnommées, l'allaitement a dû être interrompu ou supprimé tout à fait, au préjudice de l'enfant et de la mère.

Les bipares ont été pour la même époque au nombre de 29, dont 4 ont présenté des ulcérations ou rhagades au premier mois de l'accouchement; 1 au second mois; 1 au cinquième mois. Une seule a été attaquée de mastite d'un côté ; le mal a suppuré, mais l'autre mamelle a suffi pour la lactation ; chez une autre, il s'est formé des gonflements, des nœuds lactés aux deux mamelles, mais le mal s'est terminé promptement par résolution, et la femme a pu continuer à allaiter son enfant. Il est bon de noter que tant la mastite que les nœuds lactés se sont déclarés chez les femmes qui avaient déjà eu la même maladie après l'accouchement précédent. Je dois ajouter, qu'après la mastite, le sein a laissé écouler du pus mêlé à du lait, tant qu'on n'a pas cessé l'allaitement. — Les tripares enfin, ont été au nombre de 21; aucune n'a offert de mastite; chez une seule il est survenu pendant le second mois, et chez une autre pendant le cinquième, de petites rhagades; et j'ai découvert que leur enfant avait des aphtes à la bouche, et il a été bien constaté que c'est bien chez l'enfant que le mal s'est déclaré d'abord.

On sait que les affections des muqueuses se transmettent aisément aux tissus analogues, soit par contact immédiat, soit autrement. Je me suis assuré consécutivement, par des observations attentives, incontestables, que *constamment* quand les enfants avaient des aphtes à la langue ou ailleurs dans la bouche, la mère avait des rhagades et le mal avait toujours précédé chez l'enfant. Je possède sur ce sujet 17 observations bien détaillées et positives; elles se rapportent toutes à des femmes primipares et à des enfants âgés de 6, 8, 10, 20 jours, rarement plus âgés. Chez tous j'ai vu le sommet de la langue rougir, quelquefois aussi les bords de cet organe, lequel offrait deux gouttières dans son milieu formées par deux traits longitudinaux, blanchâtres ou jaunes; ou bien toute la langue était couverte de mucosités. Quelquefois la rougeur s'étendait à une moitié de la langue, et en l'explorant attentivement j'y ai découvert de petites papules, et plus tard de petites ulcérations minces, ovales ou fines comme des brins de soie de porc. Dans d'autres cas, la

angue était toute piquetée de points blancs, comme de lait caillé, sous lesquels il existait autant de petites ulcérations. En même temps, ou peu de temps après, la mère ne tardait pas à se plaindre d'un sentiment de chaleur au mamelon, lequel rougissait à son tour, puis s'excoriait, se fendait. Par la suite, j'ai trouvé la confirmation de ces faits si constante, que j'ai cessé d'en prendre note, et le problème de l'étiologie de l'affection s'est trouvée résolu pour moi. Dès cette époque, je me suis assuré que des ulcérations se déclaraient souvent de très bonne heure dans la bouche du nouveau-né, circonstance que j'ai trouvée ensuite mentionnée par plusieurs auteurs.

Presque tous les auteurs ont admis, comme cause des ulcérations et des rhagades du mamelon, l'action mécanique de la bouche de l'enfant, la pression, le tiraillement, l'humidité de la partie. J'ai porté beaucoup d'attention dans l'étude de ces causes, surtout dans les cas de grands tiraillements du mamelon, par suite d'une lactation difficile, de la prise difficile du mamelon, et dans aucun cas je n'ai pu constater le moindre mal au mamelon par une pareille condition, tant que l'enfant avait la bouche saine. Toutes les fois cependant que la mère a appliqué à son sein un enfant atteint de rougeurs ou d'ulcérations à la langue, le mamelon devenait douloureux, s'excoriait, se fendillait. J'ai fait une autre expérience qui est venue mettre le cachet confirmatif à la thèse que je soutiens. J'ai ôté de leur mère des nourrissons atteints d'ulcérations à la bouche, je les ai fait appliquer pendant plusieurs jours au sein de femmes saines, qui avaient autrefois été nourrisses: au bout de quelques jours la plupart d'entre elles éprouvaient les mêmes phénomènes que les mères, seulement les lésions étaient un peu moins prononcées et moins durables. Une chose plus remarquable encore, c'est qu'en appliquant au sein de ces femmes la bouche d'autres enfants non malades, ceux-ci contractaient à leur tour l'affection. On se tromperait cependant si l'on croyait que chez les femmes qui font le sujet fondamental de ces recherches, le mal s'était primitivement développé dans leur mamelon, et communiqué en suite à leurs nourrissons. Ce point a été parfaitement éclairci; *constamment* le mal a précédé chez l'enfant, nous l'avons constaté chez lui, alors que rien n'existait encore chez la mère.

Pourquoi cette maladie est-elle facile chez l'enfant aux premiers jours de sa naissance? La chose ne me paraît pas difficile à expliquer. On sait, en effet, que la fonction digestive ne commence chez lui qu'avec la première succion. Cette fonction s'accompagne alors aisément d'irritation gastro-entérique qui se transmet jusque dans la cavité buccale. L'impression, en effet, du méconium et du lait sur ces organes est insolite, plus ou moins irritante. Ces matières doivent être exubérantes ou altérées, les organes digestifs quelque peu paresseux ou par trop irritables; de là des conditions de maladie. On prend souvent les cris de l'enfant qui sont l'expression de la souffrance, pour l'expression d'un besoin d'aliments; on le gorge de lait, ce qui doit entraîner des dérangements gastriques, des inflammations qui se communiquent d'une part jusqu'à l'œsophage et à la bouche, de l'autre jusqu'à l'anus. Les praticiens s'accordent d'ailleurs à rattacher les aphtes chez les enfants à un désordre des voies digestives.

Il nous restait maintenant à trouver la cause de la mastite. Les auteurs accusent le refroidissement du sein, les contusions, la pression du corset, les coups portés par la tête de l'enfant, comme propres à congestionner le lait dans la mamelle, à la distendre, à l'enflammer, etc. Ces causes, bien que dignes d'attention, ne nous ont pas paru plus basées que celles qu'on avait invoquées contre les rhagades; cependant elles peuvent nuire chez toutes les nouvelles accouchées ou les nourrices. Nous avons donc dû chercher ailleurs la cause de la mastite et nous l'avons trouvée dans l'ulcération elle même, et les rhagades des mamelons; nos observations ne nous ont pas laissé de doute à cet égard. Ce qui nous a mis dans la voie de cette découverte, c'est le fait accidentel suivant: Une femme se plaignait d'une inflammation au sein gauche en même temps qu'elle était torturée par une rhagade au mamelon. En l'explorant, je me suis assuré que la tumeur existait du même côté de la fissure. J'ai dû par conséquent me demander si ces deux maladies ne dépendaient pas l'une de l'autre. En réfléchissant à la disposition anatomique de la mamelle, à celle des conduits galactophores, lesquels se rassemblent pour chaque compartiment en un canal commun qui se rend vers le mamelon, la pensée me vint que peut-être la rhagade aurait pu se propager dans l'intérieur d'un ou de plusieurs de ces conduits. Jusque-là, cependant, il ne s'agissait que d'une simple conjecture. J'ai dû, par conséquent, interroger directement les faits. On sait que dans l'état de plénitude laiteuse la mamelle laisse écouler le lait spontanément ou à l'aide d'une faible pression avec l'index et le médius sur le mamelon que nous supposons sain. Or, j'ai noté sur les femmes qui venaient d'être prises de rhagades au mamelon, que le lait ne sortait plus spontanément dès ce moment, et qu'il fallait une forte pression pour le faire échapper. J'ai observé, en outre, que dans une période plus avancée la pression ne suffisait plus pour la sortie du lait, et il fallait une forte succion pour en venir à bout. J'ai remarqué, de plus, que dans les cas les plus graves, lorsque les rhagades étaient profondes, ou que l'excoriation était vaste, ni la pression ni la succion ne suffisaient plus. Dès-lors, il a été démontré pour moi que l'inflammation ulcéreuse du mamelon entraînait l'obstruction des conduits galactophores. Je ne saurais préciser à combien s'élèvent les observations que j'ai recueillies avec détails sur ce sujet, mais je puis affirmer qu'elles sont nombreuses et suffisantes pour former une conviction. Dans les commencements j'expliquais le fait par l'irritation ou par la contraction morbide du mamelon, laquelle aurait obstrué les conduits qui le percent. Par la suite, cependant, j'ai dû modifier cette opinion qui n'était vraie que jusqu'à un certain point. J'ai dû admettre la propagation de l'inflammation du mamelon dans la muqueuse des conduits galactophores. La sensibilité que cette partie acquiert, alors que naturellement elle n'est pas douloureuse à la succion, l'impossibilité de tirer du lait malgré une succion énergique, ont dû me conduire à cette conséquence forcée! Cette opinion est également soutenue par Samuel Cooper dans sa pathologie chirurgicale. Quelques femmes m'ont assuré, mais je ne l'ai pas observé moi-même, que leur mamelon avait quelquefois laissé échapper du sang au lieu de lait.

Ces faits étant posés comme le résultat de l'observation, rien n'est plus facile, il me semble, que d'expliquer la pathogénésie de la mastite. En effet, le lait accumulé dans la mamelle en proportion croissante,

irrite nécessairement la glande et l'enflamme. Cela, cependant, n'a pas toujours lieu à la suite de la rétention du lait, et sous ce rapport, la glande mammaire ressemble encore à d'autres organes qui ne s'enflamment pas toujours et inévitablement par suite d'une rétention de leur sécrétion. Je dirai même que, dans mon opinion, cette cause n'est pas la plus fréquente parmi toutes celles qui peuvent produire la mastite. Le lait n'est pas pour la mamelle une sécrétion constante, nécessaire; elle s'établit seulement pendant l'état puerpéral, et elle cesse après la lactation dont l'époque est fixée par la volonté de la mère sans inconvénient. Souvent même cette sécrétion est arrêtée impunément par la mort de l'enfant, par une nouvelle grossesse, par maladie ou par un accident quelconque. D'autre part, que d'engorgements laiteux n'éprouvent-elles pas, avec tension douloureuse, ces nourrices, qui se refusent de donner leur sein à leur enfant? Elles résistent intrépidement à la menaçante phlogose, et puis leurs seins se dégorgent et reviennent à l'état naturel. Il faut donc admettre l'intervention d'une autre cause que je n'ai pas tardé à découvrir. — Nous venons de voir, par des faits incontestables, que la rétention du lait dépend du gonflement phlogistique de la muqueuse des conduits du mamelon. J'ai soupçonné la propagation de cette phlogose aux autres canaux internes dans le conduit correspondant au canal principal malade, ou bien à tous les autres conduits constituant la glande entière. Pour m'éclairer sur ce point, j'ai suivi attentivement la marche de la maladie, depuis son début jusqu'à ses terminaisons, dans les désordres graves qu'elle produisait dans le mamelon, et j'ai vu qu'avant la formation de l'engorgement lacté, la mamelle est toujours sensible au sommet; c'est que là commence justement l'induration phlogistique, puis elle se communique au corps de la glande, et c'est près du mamelon que se prépare le plus souvent la suppuration. Indépendamment de ces données, qui m'ont paru rendre suffisamment compte de la diffusion de la phlogose, on peut également invoquer la continuité des tissus analogues. Tels sont les faits qui m'ont servi à éclaircir l'étiologie et la pathogénésie des excoriations du mamelon et de la mastite chez la femme primipare.

Passons aux conséquences thérapeutiques. Je ne m'arrêterai pas au traitement général, ce sujet se trouvant longuement exposé dans plusieurs ouvrages classiques. Je m'appesantirai plutôt sur le traitement préservatif. Ce traitement malheureusement profitera moins aux femmes de nos contrées qui se laissent soigner par des sages-femmes ignorantes, et n'ont recours aux conseils du médecin qu'après que le mal est déjà déclaré, qu'à celle des villes où les soins de la femme nouvellement accouchée sont généralement dirigés par le médecin. J'ai pu cependant, dans ma pratique privée, trouver assez d'occasions pour appliquer avec bonheur les principes que je vais exposer, et constamment les primipares que j'ai assistées, ont été préservées de la maladie. Le nombre de ces femmes s'élève à 17. Plusieurs de mes confrères cependant, qui m'ont fait l'honneur d'adopter ces idées dans leur pratique, les ont appliquées sur un plus grand nombre de femmes, et toujours avec un heureux résultat. Voici en quoi ces principes consistent. Toute l'attention du médecin doit d'abord se concentrer sur l'enfant. Si le nouveau-né ne va pas le premier jour à la garde-robe, ou même le second jour, on commence par le purger avec du sirop de chicorée et de rhubarbe, ou avec du sirop de manne, jusqu'à ce que les premières voies soient bien nettoyées du méconium. Jusqu'ici, rien de neuf, puisque les accoucheurs prescrivent tous cette pratique. On recommande à la mère d'observer attentivement la bouche de l'enfant, et aussitôt qu'elle en voit l'intérieur rouge sur quelque point, ou des taches blanches au palais, à la langue, etc., de la lui laver avec de l'eau d'orge ou d'eau de son tiède, dans laquelle on aura dissous un peu de miel rosat, ou bien encore avec un peu de jus de citron ou de vinaigre. On doit surtout répéter cette opération chaque fois que l'enfant doit têter, afin que le mamelon ne soit pas imprégné de la salive de l'enfant ou des mucosités morbides que sa bouche pourrait sécréter. Cette mesure doit être continuée jusqu'à ce que les rougeurs ou les ulcérations de la bouche de l'enfant auront disparu. D'un autre côté, il importe que la mère donne le sein à son enfant aussitôt que possible après la secousse de la parturition, le *colostrum* étant, comme on sait, un excellent purgatif et un moyen préparatoire à la fonction digestive. Si les mamelles sont trop tendues, la femme doit faire usage d'illinitions d'huile d'amandes douces, ou de bonne huile d'olives, de beurre ou d'une autre graisse douce, fraîche et inodore. Elle aura soin toujours, après chaque succion de l'enfant, de laver son mamelon avec la même eau d'orge ou de son qui avait servi pour l'enfant. Cette précaution est de la plus haute importance, et il suffi de l'avoir oubliée une seule fois pour que le mal se déclare sur le mamelon. — Ce premier danger passé, il en est un second qui peut arriver plus tard, et contre lequel la femme doit se tenir en garde : nous voulons parler des aphtes et des ulcérations qui peuvent survenir consécutivement et qui offrent les mêmes inconvénients et les mêmes phénomènes, excepté leur forme qui est plus grande, et presque toujours ronde ou ovale. On peut les soupçonner à la vue d'une augmentation dans la secrétion de la salive, à la difficulté que le nourrisson paraît éprouver en têtant, par ses interruptions répétées et fréquentées de succion, et pendant lesquelles il abandonne le mamelon, à une sorte d'inquiétude insolite qu'il présente, et quelquefois aussi de la fièvre. On s'en assure en examinant sa langue qui, en cas de maladie, est blanche ou jaune, présente des ulcères sur ses bords, s'étendant vers le palais, aux gencives, au pharynx, etc. Dans cette occurence, la mère doit reprendre le traitement précédemment indiqué, et elle en sera préservée.

Après le second accouchement, l'infection est moins fréquente, ce qui doit être attribué aux modifications que le mamelon a déjà éprouvées, à la diminution de sa délicatesse et de sa sensibilité par le fait de l'habitude déjà contractée dans la première lactation. Néanmoins, l'accident à lieu pareillement, mais moins facilement. La chose est arrivée même sur une personne qui m'est chère, qui en avait été préservée au premier accouchement, et qui avait négligé les précautions au second. Il en a été de même chez d'autres. Il résulte de là un avertissement très essentiel pour les nourrices, c'est de ne jamais donner leur sein à un premier enfant venu, avant de s'être bien assurées de l'état de sa bouche, et si celle-ci est malade, de la laver d'abord à plusieurs reprises, puis

laver leur mamelon après la succion, à l'aide d'eau tiède, ou tout au moins de salive (*Ann. univ. di méd.*).

Teigne. — Le docteur Van Steenkiste, de Bruge, dit avoir guéri promptement plusieurs cas de teigne opiniâtres, soit faveuse, soit d'autre espèce, à l'aide de lotions et de pommades composées de suie de bois (fuligo) et de sulfate de zinc. Pour les lotions, on fait une décoction avec 100 gm. environ de suie dans 1,000 à 1,500 gm. d'eau (2 à 3 livres); on ajoute 4 gm. par livre de décoction de sel zincique. Pour la pommade, on incorpore dans 30 gm. (une once) d'axonge, autant ou un peu plus de suie en poudre très fine, et 24 gm. (6 gros) de sulfate de zinc. La dose de ce dernier ingrédient peut paraître trop forte; mais il faut considérer qu'on n'applique que très peu de pommade à la fois. L'auteur dit avoir guéri aussi, par les mêmes topiques, des dartres rebelles au périnée, à la vulve (dartre miliaire), à l'épaule (dartre squammeuse humide), au creux de l'aisselle (idem), et derrière l'oreille (dartre furfuracée) (Journ. de la Soc. de méd. de Montpellier). — Nous devons faire remarquer que s'il venait à être constaté que la suie est utile contre ces maladies, il serait bon de ne pas oublier que le principe d'action de cette substance est dans la créosote qu'elle contient, et qu'on pourrait probablement remplacer avantageusement la suie par la créosote; mais, nous le répétons, il faudrait d'abord constater le fait fondamental. Le remède en question, au reste, avait été indiqué depuis longtemps.

Fissures au mamelon chez les nourrices. — A la clinique obstétricale de Padoue, les nourrices dont le mamelon est fissuré, douloureux et inapte à fonctionner, sont traitées de la manière suivante. On suspend la lactation, on couvre le mamelon avec une compresse trempée de temps en temps dans une solution de quelques gouttes de teinture d'*arnica montana* dans de l'eau distillée, et l'on administre intérieurement quelques petites doses de soufre. Le rétablissement est prompt, et les femmes reprennent l'exercice de la lactation (Memoriale della med. contemp. Avril).

Mastite phlegmoneuse puerpérale. — Chez les femmes accouchées à la clinique obstétricale de Padoue, le phlegmon de la mamelle n'est traité autrement qu'à l'aide du soufre donné par bouche, par petites doses répétées. Localement on tient la partie couverte avec des linges chauds. La guérison est prompte et sans suppuration le plus souvent (ibid).

Métrite puerpérale. — La métro-péritonite qui succède quelquefois à l'accouchement se présente dans de telles conditions chez quelques femmes, que l'emploi des saignées suffisantes est impossible. A la clinique obstétricale de Padoue on a alors recours à l'usage intérieur de l'aconit, de la belladone et de la brionie jusqu'à la tolérance, et l'on s'en trouve bien. Lorsqu'un écoulement purulent se déclare vers le déclin de la métrite, on administre de petites doses de rhus toxicodendron, et l'écoulement s'épuise promptement (ibid.).

Déchirure du périnée chez la femme. — Sur un total de 93 accouchements qui ont eu lieu à la clinique obstétricale de Padoue pendant l'année 1843-44, on n'a eu qu'un seul cas de déchirure du périnée, encore c'était chez une femme dont les grandes lèvres, le périnée et l'anus étaient couverts de condylomes, circonstance qui prédisposait grandement à la déchirure par le défaut d'extensibilité des tissus. On observe très rarement à cette clinique l'accident en question, ce qui est attribué à la méthode qu'on a adoptée depuis plusieurs années pour la position de la femme en travail. Aussitôt que le travail arrive à la quatrième période, la femme est placée en supination avec le bassin très élevé et très saillant. Par suite de cette position, le périnée, le coccyx, la vulve restent parfaitement libres, s'écartent aisément et sans violence; la femme rapproche plutôt qu'elle n'écarte excessivement les genoux. En outre, l'accoucheur ne comprime pas le périnée avec sa main; il soutient seulement la tête avec ses doigts, puis les épaules en dedans de la vulve. On voit que la fréquence de cet accident dans la pratique commune tient en partie à la compression du périnée contre les matelas ou contre la main de l'accoucheur, laquelle comprime cette partie, s'oppose à son développement spontané, la repousse contre la tête et en facilite singulièrement la déchirure. On a observé enfin que quand l'accident arrivait malgré les précautions indiquées à la clinique, il était ordinairement léger et guérissait par la seule position couchée sur le côté, les genoux rapprochés, la brèche maintenue propre et couverte avec des compresses (ibid.).

Alun calciné. — « L'alun (sulfate d'alumine) retient plus de moitié de son poids d'eau dans la cristallisation : exposé au feu, il se liquéfie, se boursouffle, perd aisément la plus grande partie de son eau, mais ne laisse échapper que très peu d'acide, et à un degré de feu très violent; l'alun calciné est très corrosif, parce que l'acide y est plus concentré, sans être plus neutralisé » (Chimie de l'Acad. de Dijon, t. 2, p. 72).

FAITS CRITIQUES.

Le tarif des pharmaciens. — Une chose vivement à désirer dans l'intérêt général, c'est que les pharmaciens aient un tarif officiel pour taxer le prix des médicaments, et que le public qui les achète ne soit pas plus longtemps exposé à un arbitraire fâcheux pour les malheureux et gênant pour le médecin qui n'ose pas souvent prescrire certains remèdes, vu les exigeances exagérées de certaines pharmacies. Croirait-on par exemple que le sulfate de quinine qui n'est vendu en détail par les fabriquants de produits chimiques à Paris que 50 c. le gramme, est revendu par les pharmaciens à 2 fr. 50 c., et même à 3 fr.? que le calomel à la vapeur que les fabriquants livrent à 5 c. le gramme, est revendu à un prix vingt fois autant? que le carbonate de fer, ce remède si précieux, si utile dans une foule de maladies chroniques chez le pauvre, ne coûte que 1 c. le gm. (six sous l'once) chez les fabriquants, tandis que les pharmaciens vous le taxent à des prix exorbitants? qu'une solution de 5 centig. d'acide arsénieux dans 120 gram. d'eau distillée ait été vendue par un pharmacien 3 fr. 50 c., alors que l'arsenic blanc ne coûte dans le commerce que trois ou quatre sous l'once? ainsi de suite pour le reste. Cet état de choses est non seulement immoral, il est fâcheux, insupportable pour l'exercice de l'art dans les classes peu aisées de la société. Dernièrement, nous avons dû, pour faire face à une maladie chronique sur un enfant d'une famille malheureuse, déjà épuisée par les exigeances incroyables de la pharmacie, faire acheter des médicaments à la fabrique de Robiquet et Boyveau, par grammes, et les lui partager nous-mêmes ensuite, avec des précautions pour éviter des accidents. Dans les maladies chroniques, beaucoup de personnes trouvent les traitements onéreux, insoutenables, à cause de l'abus que nous signalons. Il est donc à désirer, nous le répétons, que l'autorité avise à un moyen, facile à trouver d'ailleurs, pour autoriser le médecin à calculer

d'avance le prix de chaque prescription et prévenir l'abus grave dont il s'agit. Que les pharmaciens retirent des bénéfices honnêtes de leur travail, de leur savoir, rien de mieux, assurément. Il ne faut pas se faire illusion cependant; à part quelques honorables exceptions; à part son titre scientifique, un pharmacien n'est en fait qu'un industriel, un marchand (Pelletier l'a dit à l'Académie de médecine) ; il ne fabrique pas lui-même la plupart des médicaments; il les achète tout faits et il les revend. On ne doit pas par conséquent lui allouer un plus grand bénéfice que la loi ou les usages n'accordent à tout autre commerçant; soit, si vous voulez, le 50 pour 100, sur le prix d'achat; mais alors il devrait être permis à un médecin de taxer d'avance le prix de la prescription, en ayant présent le tarif imprimé des fabriquants de produits chimiques, et qui est à peu près le même chez tous. Nous ne voulons pas, comme on le voit, que l'article de la loi qui oblige à acheter les médicaments chez les pharmaciens, et pas ailleurs, soit abrogé, car nous comprenons que le médecin ne doit pas se mêler lui-même de la partie matérielle de ses prescriptions; mais pour que cette loi ne soit pas tyrannique, ne favorise pas l'arbitraire, il est indispensable que la pharmacie ait un tarif fixe, officiel. La loi taxe bien le prix des visites du médecin, d'une expertise, d'une autopsie; pourquoi ne taxerait-elle pas les objets principaux qu'on oblige d'acheter à la pharmacie? Nous avons à peine besoin d'ajouter que cet article étant générique, ne saurait atteindre aucun pharmacien en particulier. Il est des pharmaciens très honorables, nous en comptons parmi nos amis, et un certain nombre parmi nos abonnés; ils ne se formaliseront donc pas de notre critique toute philantrophique.

Une critique d'outre-mer. *Inflexions utérines.*— Le journal médical d'Edimbourg (The Lond. and Edimb. monthly jour. of. med. sc.), dans son dernier n°, nous reproche de ne pas avoir cité le docteur Simpson, dans un article que nous avions donné il y a quelques mois sur un cas d'antéflexion de l'utérus, traité par M. Velpeau, à l'aide d'un instrument redresseur très simple, introduit dans le col utérin. Notre confrère d'Edimbourg revendique pour M. Simpson la priorité de cette pratique, et il trouve notre oubli d'autant plus injuste, que nous avions dans le temps rendu compte, dans ce journal, du travail du professeur anglais.— Notre réponse est très simple : Nous n'avons pas cité M. Simpson, parce qu'il n'est pas l'inventeur de cette pratique, à ce que nous croyons. Nous n'en avons pas d'ailleurs attribué l'invention à M. Velpeau.

Les urines (*Hygiène*). — « Les urines de l'homme, ce précieux liquide qui peut, à l'état sec, renfermer jusqu'à 33 pour cent d'azote... l'urine de l'homme, disons-nous, s'en va ordinairement grossir le cours de l'eau par les égoûts des grandes villes, et, dans les campagnes, elle se verse sur les fumiers de temps en temps, lorsqu'on y pense! Si l'on évalue par cent la totalité des excréments humains solides et liquides, nous ne croyons donc pas être bien loin de la vérité en établissant le chiffre conjectural 80 comme mesure de la déperdition déplorable qui a eu lieu sur cette précieuse substance fertilisante; déplorable, en effet, si chaque kilogr. d'ammoniaque qui s'évapore équivaut à une perte de 60 kilo de blé; si chaque kilo d'urine humaine peut gagner 1 kilo de froment! Et cependant, nous sommes près de 36 millions en France! et l'on dit, l'on imprime tous les jours que l'agriculture française manque d'engrais! et que c'est pour avoir des engrais qu'une armée de 30,000 hommes, sabre au côté, fusil sur l'épaule, bien vêtue et nourrie au frais de millions d'agriculteurs, est toujours prête à livrer bataille aux bêtes à cornes qui s'aviseraient de pénétrer en deçà des frontières!

» On assure qu'un grand empire de l'Asie orientale, sur lequel des événements récents attirent aujourd'hui l'attention, a été conduit, par les privations qu'endure sa population énorme, à comprendre toute la valeur de l'engrais humain. La loi l'a pris en quelque sorte sous sa protection, et le génie de la propreté, dont le culte est moins fervent de ce côté-ci du monde, en dépit de nos prétentions à la délicatesse, a su du moins disposer des réservoirs dont nos abominables fosses ne peuvent donner la moindre idée. Non seulement des vases placés le long des routes et des chemins sont destinés à recevoir les déjections; non seulement les enfants et les femmes se hâtent d'en tirer parti à l'état frais, mais encore, et nous tenons ces détails d'un respectable voyageur, dans les villes et les bourgades, le passant soupçonné par sa démarche de se trouver dans une situation embarrassante, est immédiatement invité, dans les termes les plus courtois, à accepter une hospitalité intéressée, il est vrai, mais exercée toujours avec une sorte d'élégance, parfois avec une véritable splendeur. Ces faits donnent au moins la mesure de l'intérêt qui s'attache à un sujet considéré en d'autres lieux avec horreur... Nos sens seront-ils donc éternellement blessés par l'épouvantable barbarie qui vient encore ajouter aux horreurs de cette fange? Nos villes, les demeures où s'écoulent les trois quarts de notre existence, seront-elles infectées longtemps encore par ces accumulations insensées, par ces affreux enlèvements nocturnes qui jettent le dégoût et l'insalubrité sur nos pas? C'est à la science à nous débarrasser enfin de ces odieux fléaux domestiques, et à les faire tourner au bonheur, ou, si l'on veut au profit de la vraie civilisation.» L'auteur termine son mémoire par cette phrase : «Il y a des milliards sous les humbles questions que nous venons d'effleurer! (Mém de M. L. Leclerc sur les engrais, 1843.)

ANNONCES.

Traité de toxicologie médico-légale, *et de la falsification des aliments, des boissons et des médicaments;* par M. Galtier, D. M. P. Un vol. in-8° de 780 pages. Paris, 1845; chez J. B. Ballière, lib., rue de l'Ecole de Médecine, 17. — Dans ce volume qui forme la première partie, l'auteur s'occupe des poisons inorganiques ou minéraux. Nous en donnerons une analyse.

Tableau synoptique des races humaines; par le docteur Saucerotte, membre de l'Académie de médecine. Paris, 1845; chez Delalain, lib., rue des Mathurins-Saint-Jacques, 5. Prix : fig. noires, 3 fr.; coloriées, 4 fr.

Du Hachisch et de l'aliénation mentale; *Etudes psychologiques;* par J. Moreau (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre, Un vol. in-8° de 431 pages. Paris, 1845; chez Fortin, Masson et Ce, rue de l'Ecole de Médecine, 1.

Consultation médico-légale *sur quelques signes des paralysies vraies, et sur leur valeur relative;* par M. Macloughlin, D. M. Brochure in-8°; deuxième édit. Paris, 1845.

Des Eaux de Challes en Savoie. *Nouveau recueil de faits et observations cliniques;* par M. le docteur Domenget. Brochure in-8° de 80 pages. Chambery, 1845.

Paris. — Imprimerie de LACOUR et C.,
rue St-Hyacinthe-St-Michel, 33.

Troisième Année. Ce Journal paraît le 1er de chaque mois. N° 7. — Octobre 1845.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

ET

DE TOXICOLOGIE.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.
» Alibert. »

—

Eaux chalibées ou ferrugineuses, froides.

Des sources d'eau minérale de Passy, près Paris.

Dans le dernier numéro, nous avons étudié les eaux de Passy au point de vue chimique. Reprenons-les encore un instant aujourd'hui sous ce rapport, avant de passer à leur examen thérapeutique. Rappelons d'abord deux faits fondamentaux qui ressortent du travail de M. O. Henry que nous avons reproduit, savoir : — 1° qu'à la source, l'eau la plus forte (celle du n° 3 des modernes) contient, par pinte, 40 centigrammes environ (8 grains) de fer oxydé, tant au minimum qu'au maximum, parfaitement dissous, par sa combinaison avec l'acide sulfurique; combinaison admirable, qui offre le médicament dans la forme la plus énergique connue, qui explique les effets si remarquables de ces eaux sur l'économie animale, et qui place enfin ces sources au premier rang parmi les eaux ferrugineuses du royaume. Nous ne connaissons en Europe qu'une seule source chargée de fer sulfaté qui soit plus énergique que celle-ci, c'est celle de *Poggetto*, en Sardaigne. Dans cette eau le sulfate de fer se trouve en si grande abondance qu'elle est toxique à une certaine dose; aussi, ne s'en sert-on pas en médecine. Rien au reste ne serait plus facile que de l'affaiblir par l'addition d'eau commune à chaque verre, ou par le repos à l'air libre. On sait que le sulfate de fer est un poison qu'on ne prescrit comme médicament qu'à la dose de quelques centigrammes par jour (1 à 4 grains); on comprend par là la raison de la circonspection que réclame l'usage de l'eau n° 3 des sources nouvelles de Passy, lorsqu'on la boit à la source même. Cette dose ne doit jamais s'élever au-delà de cinq, six verres, par jour; un à trois verres est déjà une bonne dose; — 2° que transportées hors des sources, ces eaux cessent au bout de quelque temps d'être ferrugineuses, tout le fer se précipitant par l'action de l'air à l'état de sous-trito-sulfate, insoluble. Cette décomposition arrive plus promptement dans des bouteilles obturées par des bouchons en liége, et surtout à compter du moment où on retire une partie de l'eau et que de l'air s'introduit dans la bouteille. Aussi serait-il important, pour les malades qui ne peuvent se rendre à la source, de ne faire puiser l'eau que dans de petites carafes bouchées à l'émeri, et en quantité suffisante pour deux ou trois jours seulement, au bout de ce temps la précipitation étant déjà commencée. Dans des expériences que nous avons faites à ce sujet, nous avons trouvé, au 5e jour, tout le fer déjà précipité par masses au fond et aux parois de la bouteille, sous forme de lamelles ou de cristaux rougeâtres, incrustés sur les parois, mais se laissant aisément détacher par l'agitation du liquide. L'eau devient trouble alors par l'agitation, et elle acquiert un certain goût de crudité ou d'encre, désagréable. M. O. Henry conseille de boire dans ce cas le mélange ferrugineux trouble; mais la chose est difficile, vu l'aspect hétérogène du liquide et le dégoût qu'il occasionne, surtout si on veut le boire pendant les repas. Ajoutons que d'après nos observations, dans ce dernier cas, le fer reste enveloppé dans les aliments, est fort peu resorbé et il passe avec les résidus de la digestion; aussi, les gardes-robes sont-elles noircies; tandis que, quand l'eau est bue à la source ou récemment tirée, rien de pareil n'a lieu, par la raison que le métal se trouve dans des conditions parfaites d'absorption.

On comprend par là pourquoi l'eau dite épurée de Passy, soit qu'on la prenne dans les jarres de l'éta-

blissement, soit dans les bouteilles que les pharmaciens débitent à Paris, n'a pas offert de fer à l'analyse, ni à Planche dont on connaît l'exactitude, ni à M. O. Henry lui-même. Il est facile d'ailleurs de remarquer que la décomposition commence aussitôt que l'eau passe des souterrains d'où elle émane à l'air libre, dans les petits bassins en pierre qui la reçoivent. Elle est parfaitement diaphane, blanche, vive et fraîche en y arrivant; mais bientôt elle se couvre d'une pellicule irrisée à la surface, qui tombe au fond et se renouvelle sans cesse; et l'on voit dans les ruisseaux qu'elle forme au sortir des bassins et qui sillonnent le caveau voûté, pour aller se précipiter dans un souterrain qui conduit à la Seine, un lit de matière ocracée épaisse, véritable pavage métallique formé au dépens de l'eau courante. Il importe par conséquent de ne puiser le liquide pour les buveurs qu'au jet lui-même et non dans les bassins. Là seulement, au sortir du sein de la nappe-mère, et pas ailleurs, l'eau est pure, orthodoxe, véritablement médicamenteuse, du moins au point de vue du principe ferrugineux qui la caractérise; car les autres éléments solides, à bases magnésique, sodique, aluminique restent presque invariables pendant le travail éliminateur du fer. Ce sont au reste ces derniers composés surtout, les sulfates de magnésie, de soude et d'alumine qui impriment à cette eau le goût médicamenteux qu'elle présente. Les proportions en sont assez fortes, d'après l'analyse que nous avons rapportée, mais ce qui domine surtout, c'est le sulfate de chaux qui s'offre à la dose de 1 gramme et demi par litre (30 grains environ). Ce sel s'y trouve comme les autres à l'état parfaitement soluble, et joue là, au point de vue médical, un rôle analogue aux autres sels, ainsi que nous le verrons.

Faisons en attendant remarquer que telle n'est pas l'opinion de M. le docteur Isidore Bourdon. Dans une annotation qu'il a faite à une ancienne analyse de M. Henry, M. Bourdon écrit que : « ce sont ces deux sels (sel d'Epsom et sel de Glauber) qui rendent quelquefois purgatives les eaux de Passy, et qui servent de correctif au sulfate de chaux. La nature semble avoir indiqué de quelles substances il convient de faire usage lorsque les eaux ferrugineuses deviennent trop échauffantes » (Opuscule de M. Chenu, 1845, p. 25). Cela semblerait signifier en d'autres termes, que l'eau de chaux ou l'eau ferrugineuse est échauffante, et que cette action est contrebalancée par celle des sulfates de magnésie et de soude que l'auteur suppose de nature opposée. Cette opinion qui est d'ailleurs celle de plusieurs savants, nous l'avons déjà réfutée plus d'une fois, comme inexacte. Elle n'est basée que sur des présomptions routinières, que des expériences physiologiques et thérapeutiques ont complètement démenties. Tous les sels à base métallique jouissent des mêmes propriétés dynamiques au fond ; ils sont tous hyposthénisants à des degrés divers ; et ils ne diffèrent autrement entre eux que par leur action élective. L'eau de chaux n'est donc nullement échauffante, son action étant au contraire rafraîchissante, parfaitement analogue à celle de l'eau magnésienne ou sodique, ainsi que nous nous efforcerons de le démontrer plus loin. Il serait même fâcheux qu'il en fût autrement, car l'action des sels d'Epsom et de Glauber serait neutralisée par celle du sulfate de chaux ou de fer, ce qui n'a point lieu.

On s'imagine communément que les eaux minérales qui contiennent un principe calcaire en solution sont mauvaises, et l'on s'efforce d'adoucir en quelque sorte la présence de cet élément par des phrases plus ou moins spécieuses. C'est une erreur complète. Ce sel à l'état de solution n'est ni moins salutaire ni plus redoutable que les composés magnésiens, sodiques, aluminiques ou iodures qu'on recherche avec tant de prédilection dans les eaux minérales. Est-ce que vous n'ordonnez pas à certains malades l'eau de chaux grossièrement préparée par la pharmacie ? Où a-t-on donc vu que, bien appliquée, cette eau nuise à l'organisme? Cette eau est, comme on sait, antiphlogistique, rafraîchissante, et l'on comprend à peine le préjugé qui gratifie de qualités malfaisantes, échauffantes, la même composition préparée par la nature dans ses laboratoires d'une perfection inimitable. On voit déjà que, sous le rapport thérapeutique, nous attachons tout autant d'importance aux sels terreux qu'aux composés ferriques, et l'on se tromperait si l'on croyait que, dépouillée de son fer, l'eau resterait sans aucune efficacité. Elle n'a perdu que son élément le plus actif, et dans notre manière de voir l'eau de Passy, perdrait à peu près autant de son efficacité si, au lieu de se dépouiller du fer, elle conservait cet élément et laissait échapper les autres sels dont nous venons de parler. Cette doctrine n'est pas conforme aux idées reçues, nous le savons bien ; mais qu'importe ! Les études dynamiques que nous avons introduites en hydrologie minérale, ont dû nous éloigner tout autant de la routine sur ce sujet, qu'à l'égard des autres médicaments et des poisons. L'avenir et une expérience non prévenue, en jugeront.

M. Chenu, qui a beaucoup étudié les eaux de Passy, dit que : « ces eaux sont fournies par un terrain de sédiment supérieur, sous le calcaire grossier, et viennent probablement des argiles plastiques. » Cela est probable et s'applique d'ailleurs à la plupart des eaux minérales froides. Personne cependant n'a encore déterminé, à ce que nous sachions, quels étaient les points d'infiltration primitive et la direction de la nappe-mère. M. Isid. Bourdon a rappelé à ce sujet une observation générale, intéressante, déjà signalée par plusieurs hydrologues, savoir que : « beaucoup de villes étant bâties sur les bords d'un fleuve ou d'une rivière dont le cours se dirige souvent de l'est à l'ouest, sont abritées au nord et quelquefois au couchant par des monts ou collines secondaires, justement de la nature de celles d'où sortent les sources simples ou ferrugineuses. Souvent aussi dans le voisinage de ces sources et sur un des points de la colline qui les produit, on trouve des bois, une forêt,

Cela est vrai pour Forges, pour Bagnoles et pour cent autres sources, comme celles de Passy » (Opusc. cité). Si cette loi pouvait être appliquée à ces sources, on pourrait donc dire avec M. Bourdon, que leur nappe-mère se formerait sous la colline même de Passy d'où l'eau minérale émane. Cela est contestable cependant, par la raison qu'il s'agit ici d'une eau froide, de même température à peu près qu'une multitude d'autres sources non minérales qui naissent au pied de la montagne de Passy, à côté des sources minérales, se dirigeant également comme celles-ci du nord au sud, et l'on ne voit pas pourquoi toutes ces sources ne seraient pas également minérales. Dans nos études générales sur la formation et la marche des nappes-mères des eaux minérales (V. le t. 1 de ce journ.), nous avions émis l'opinion que les sources de Passy et celle d'Abbeville, située à six lieues de Paris, à deux lieues de Saint-Germain-en-Laye et à une lieue de Poissy, se rattachaient probablement à la même nappe. Cette source est également ferrugineuse; elle fut restaurée en 1713 par les ordres du roi, à la sollicitation de Fagon; mais telle est l'indifférence qui règne aujourd'hui en matière d'hydrologie parmi les médecins, que cette source est tout a fait délaissée et peu de personnes la connaissent. Alibert lui-même n'en a point parlé, et nous en avons cherché en vain l'indication ailleurs que dans l'*Essai* de Bouillon-Lagrange. Un nouvel examen de la question nous a confirmé dans la première conclusion. Nous persistons donc à croire que la nappe des eaux de Passy est la même que celle des eaux d'Abbeville et que sa formation est extrinsèque à la colline de Passy. C'est là au reste une question peu importante; mais ce qui intéresse réellement, c'est que l'abondance de ces sources est invariable, indépendante de l'état hygrométrique de l'atmosphère, ainsi que son degré de minéralisation; cela résulte incontestablement des différentes analyses faites en diverses époques, et paraît s'accorder avec les conjectures précédentes. On a prétendu qu'à l'approche des orages, les eaux de Passy répandaient quelquefois une odeur sulfureuse; nous n'avons pu saisir sur le fait une pareille condition.— Arrivons à l'examen thérapeutique de ces sources.

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

Des sources sous fluviales et sous marines. — On appelle ainsi les sources minérales qui naissent dans le lit même des rivières, dans le bassin des mers et des lacs. La source fend les masses d'eau qui la couvrent, se fraye une voie au dehors en formant une sorte de cratère aqueux, et si la profondeur n'est pas grande, elle jaillit même quelquefois au dessus du niveau des ondes; ou bien des torrents de gaz annoncent sa présence par des mugissements profonds, par des bulles en quantité, par la caléfaction du liquide ambiant, et l'odeur propre à ces dégagements. Nous avons déjà cité des exemples de sources thermales sous marines existant en Grèce, et d'autres de sources sous fluviales observées tant en Allemagne qu'en France; nous avons aussi fait mention des sources thermales qui jaillissent au milieu des glaces, et qui se trouvent exactement dans les mêmes conditions que les sources sous aquatiques (Voy. t. 1 et 2 de ces Ann.). Disons aujourd'hui quelques mots des sources sous laguniennes, dont on trouve deux exemples remarquables dans les états vénitiens: l'un, dans le lac de Garda; l'autre, dans le lac d'Arquà. M. Catullo, professeur d'histoire naturelle à l'université de Padoue, en a donné une excellente description dans un ouvrage remarquable, qu'il a publié en 1844, sur la constitution géognosique des provinces vénitiennes. Le lac de Garda est le plus important des lacs du sol italien, par sa grandeur, par sa richesse et par l'aménité de ses alentours : il offre cinq lieues de long et quatre lieues de large; il a pour confluent le Sarca (rivière), et pour fleuve émissaire, le Mincio; sa profondeur en certains endroits est de 1,800 pieds, dans d'autres de 120; il offre, comme le grand lac de Genève des mouvements de flux et de reflux, ou d'élévation et d'abaissement de niveau, mais irréguliers. Les sources minérales qui émanent de son sein sont au nombre de trois; elles sont sulfureuses et thermales. Le sondage sur ces points a donné 32 mètres de profondeur. Le premier qui en ait parlé est un diable de frère, savant comme un démon, qui vers la moitié du XVIe siècle, composa un poème à l'occasion de ces sources sous laguniennes. Ce moine s'appelait Giorgio Giodoco, et son poème est intitulé: *Benaco* (ancien nom du lac). En approchant en barque près de ces sources, on est frappé d'une odeur forte d'ydrogène sulfuré; un gargouillement énorme et des bulles en quantité, accompagnés de mugissements profonds, indiquent le lieu de chaque source; l'eau du lac tiédit à mesure qu'on y approche. Un chimiste italien, M. Mandruzzato, a puisé de l'eau au fond de ces endroits, à l'aide d'un vase fermé qu'il a débouché après l'y avoir immergé. Cette eau était chaude, d'un goût sulfaté, hépatique. L'analyse a donné les éléments ordinaires des eaux thermales sulfo-salines. Quant à la source sous aquatique du lac d'Arquà, elle est analogue aux précédentes, mais moins importante. Un fait curieux, signalé par M. Catullo, c'est que les pêcheurs de ces lieux se gardent bien de jeter leurs filets autour de ces sources minérales, par la raison que le poisson n'y habite guère et que leurs filets pourrissent promptement.

A un point de vue général, une source sous aquatique n'est en réalité qu'un source très ordinaire, se faisant jour à la surface du sol, l'eau qui la couvre n'étant qu'un produit accidentel. On sait, en effet, comment les lacs et les rivières se forment, et l'on connaît également la théorie la plus probable sur l'origine des mers (Voy. t. 1 et 2). Disons seulement ici, que la plupart de ces sources, surtout celles qui naissent au fond des lacs, sont sujettes à disparaître à la longue, par la raison que ce même fond tend à se combler sans cesse par les fragments de roches, par les moellons et le limon que les rivières confluentes y apportent continuellement. Les sondages pratiqués en différentes époques ne laissent pas le moindre doute à cet égard, et l'on connaît des lacs qui ont complètement disparu, se convertissant en lit de rivière. Les géologues distinguent, comme on sait, les lacs en quatre groupes : ceux qui ont des rivières confluentes et des rivières émissaires; ceux qui ont des confluents sans émissaires; ceux pourvus d'émissaires sans confluents connus; enfin les lacs dits morts, qui manquent de ces deux conditions. Les trois premières espèces, surtout ceux de la première catégorie, offrent le plus d'exemples de la loi précédente. M. Catullo a démontré jusqu'à l'évidence que les dix lacs principaux qu'il a étudiés dans les états vénitiens, et ceux des Alpes, ne reconnaissent d'autre origine que des cataclysmes ou des accidents volcaniques qui ont fracassé de grandes montagnes, dont les ruines entraînées

plus ou moins loin, ont formé des digues qui se sont opposées au passage des torrents ou des fleuves venant des montagnes. Or, ces mêmes accidents mettent, comme on sait, souvent à découvert des sources minérales. Ces sources peuvent donc, ou naître primitivement avec les lacs eux-mêmes, ou se faire jour consécutivement. — Quant aux changements de niveau qu'on appelle flux et reflux, et qu'on rencontre aussi dans certaines fontaines minérales, nous en avons déjà parlé, et nous comptons y revenir. Rappelons seulement que ce phénomène n'est pas pareil à celui de la mer, et ne se rattache pas aux mêmes causes.

Application du microscope de Stanhope à l'analyse des eaux minérales, *par M. Campani.* — Les personnes qui s'occupent d'analyse chimique des eaux minérales, savent, dit l'auteur, combien il est long et fatigant de reconnaître avec précision, à l'aide des réactifs, la présence de la potasse, et surtout de la soude, quand ces bases ne s'y trouvent qu'en faibles proportions. J'ai donc pensé qu'on pouvait atteindre facilement ce but en s'attachant à reconnaître, à l'aide du microscope, la forme cristalline de ces radicaux, combinés à quelques métalloïdes, laquelle offre, comme on sait, des différences tranchées avec celle des autres sels formés par d'autres bases, et qui les accompagnent communément. En effet, la combinaison du sodium avec le chlore, celle du potassium avec le même métalloïde, et même avec l'iode et le brome, affectent, par la cristallisation, la forme de cubes, et quelquefois de parallélipipède. Cette forme est très différente de celles que présentent des sels à base de magnésium, de calcium, d'alumine, etc. Le microscope de Stanhope, c'est-à-dire à lentille continue, est, par sa simplicité et son fort grossissement, plus que suffisant pour mettre parfaitement en évidence ces différentes formes. On pose la partie de la lentille qui fait l'office de porte-objet, à la surface de l'eau à examiner, de telle sorte qu'une goutelette de liquide reste adhérente à la surface du verre. Ensuite on tient l'instrument verticalement, de manière que la surface mouillée de la lentille se trouve en dessous, et on le laisse ainsi jusqu'à ce que la goutte de liquide se soit évaporée complètement. Examinant alors l'instrument à la lumière solaire, ou même à une lumière artificielle, on voit les diverses formes cristallines des sels que l'eau contient. Constamment on en trouve de figure cubique ou parrallélipipède, quand l'eau contient du chlorure de sodium, ou du chlorure, du bromure, de l'iodure de potassium. Je dois faire remarquer que ces cristaux offrent quelquefois au microscope une figure octaèdre, résultant de deux pyramides quadrangulaires réunies ensemble; mais j'ai pu m'assurer que c'est là l'effet d'une illusion optique, produite par le vide pyramidal propre de ces cubes. Ce moyen d'investigation est d'une grande sensibilité, car les sels de potasse et de soude s'offrent très distinctement à l'œil, même alors que leur proportion n'est que d'un millième, dans une eau qui contient d'ailleurs d'autres sels, comme du sulfate de magnésie, du chlorure de calcium, etc. Ce mode d'analyse est d'autant plus important qu'il fait connaître l'eau telle qu'elle est au sortir de la source, et sans altérer ses éléments minéralisateurs par de nouvelles combinaisons, ainsi que le font les réactifs chimiques. Une fois que la présence des cristaux de forme cubique a été constatée, il s'agit de savoir quel est le métalloïde combiné avec la base. On cherchera donc l'iode, puis le brome, et si le résultat est négatif, on peut tenir pour certain qu'il existe dans l'eau du chlorure de potassium et de sodium. — Dans le cas ensuite où l'eau ne présente pas au microscope de cristaux cubiques, on pourra l'évaporer lentement jusqu'à réduction d'un quart, ou même moins, afin d'augmenter ainsi la proportion des sels, par rapport à l'eau, et l'on examine de nouveau au microscope; si le résultat est également négatif, on peut tenir pour certain que l'eau ne contient pas en quantité appréciable de chlorure de sodium, ni de chlorure, de iodure ou de bromure de potassium. On verse alors dans cette eau concentrée, du chlorure de barium, jusqu'à ce qu'il se forme un précipité, dans le but de transformer les sulfates et les carbonates de potasse et de soude, qui pourraient exister avec des chlorures, et l'on aura ainsi la facilité de découvrir leur présence à l'aide du microscope (Gazetta Toscana delle scienze medico fisiche).

Nouvelle méthode d'analyser les eaux iodurées et bromurées; *par M. Cantù, professeur de chimie à l'Université de Turin.* — Les connaissances acquises sur les propriétés de l'iode et du brome mettent de plus en plus la chimie en état d'isoler facilement ces deux principes partout où ils se trouvent naturellement combinés. Cependant, il faut en convenir, ce but n'est pas toujours atteint; assez souvent même la découverte de cet élément échappe aux réactifs quand leur proportion est très minime au milieu de composés divers. Cela arrive plus particulièrement dans l'analyse des eaux minérales; je suis moi-même tombé dans cette impuissance en analysant des eaux que j'ai dû déclarer ne pas contenir d'iode ni de brome, alors que j'en ai trouvé plus tard, malgré que j'eusse opéré d'abord par le même procédé qui m'avait, en 1823, servi avec succès dans l'examen des eaux de *Castelnuovo d'Asti et de St-Genest.* J'avais donc dû plus tard chercher une méthode plus efficace, et j'avais cru l'avoir trouvée en 1826 dans l'application de la pile de Volta; mais l'expérience m'a appris consécutivement que quand on rencontre dans les eaux minérales une assez grande quantité de chlorures et peu d'iodures, ce qui est assez fréquent, le chlore qui se porte avec l'iode au pôle positif, empêche la production d'iodure d'amidon, ce qui rend l'expérience sans portée. — J'ai, en conséquence, poursuivi dans une autre direction la solution du problème, ayant toujours en vue les quantités extrêmement minimes d'iode et de brome, et je crois enfin y être parvenu; et, chose étonnante, j'ai pu déjà constater la présence de ces deux éléments, non seulement dans une foule d'eaux minérales de notre pays ou étrangères, mais aussi dans celles des puits artésiens, dans un grand nombre de corps organiques et inorganiques, et jusque dans les eaux potables de notre ville, dans celles du puits de l'hôpital Majeur, et aussi dans celles du Guano qui m'ont donné une quantité notable d'iode et de brome. Voici la méthode à l'aide de laquelle je suis parvenu à démontrer comme un fait général la présence de ces deux principes dans les corps des trois règnes, et qu'on bornait autrefois exclusivement aux substances marines.

Je commence par faire évaporer jusqu'à siccité l'eau minérale. Je traite le résidu par l'alcool anhydre. J'évapore la dissolution alcoolique, et je dissous le résidu obtenu dans une petite quantité d'eau distillée. Ensuite je mets ce liquiquide dans un verre à réaction, à fond étroit, et j'y ajoute quelques gouttes d'une solution d'amidon, faible et limpide. Alors je laisse tomber sur le bord interne du verre, le plus légèrement possible, quelques gouttes d'un mélange de six parties d'acide sulfurique à 66° A., et une partie d'acide nitrique à 40° A. En opérant de la forte, l'acide sulfo-nitrique qui glisse lentement sur la paroi interne du verre, va former au fond de celui-ci une couche à laquelle est superposé le liquide qu'on veut analyser. Quelques instants après, on voit paraître dans l'entre-deux des deux couches une zone de couleur bleue, si l'eau contenait des iodures, et si au dessous de cette zone, on

voit une autre zone de couleur topaze claire, on peut être certain qu'il y a des bromures. — Je dois avertir toutefois que ces acides ne mettent pas à découvert l'iode quand ce corps se trouve combiné aux hydrosulfates de sulfures alcalins ou terreux, par la raison que, dans ce cas, l'iodure d'amidon, à peine formé, est détruit par l'acide sulfhydrique qui se développe par l'action des mêmes acides. Il est alors convenable de substituer aux acides l'eau de chlore, ou un courant de chlore gazeux, ainsi que je l'ai fait dans mes premières analyses, en faisant bien attention toutefois que ce réactif ne détruise lui-même l'iodure d'amidon par sa quantité excessive. On peut parer à cet inconvénient en faisant passer dans la solution quelques bulles de gaz sulfhydrique, ou en y versant quelques gouttes d'eau hydrosulfurée. Quel que soit au reste le procédé qu'on adopte parmi les précédents; il faudra toujours commencer par précipiter les bases terreuses quand il y en a, à l'aide du carbonate de potasse (Gior. della société medico-chirurgica di Torino, sept. 1845).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des fièvres, d'après l'école italienne.

Nouvelles données thérapeutiques (4e article).

La fièvre intermittente légitime s'offre réellement sous trois formes distinctes, savoir : *simple ou bénigne*, *larvée* et *pernicieuse*. Plusieurs variétés se rattachent aux deux dernières espèces. Vouloir réduire ces fièvres à des phénomènes d'une même condition pathologique, ainsi que l'on fait MM. Biaggi et Gargnani, cela semble par trop systématique à plusieurs personnes. La réponse des deux praticiens italiens est cependant toute simple. « Pour raisonner autrement que nous le faisons, disent-ils, il faudrait ou nier les centaines d'autopsies que nous avons faites publiquement ou renoncer à la logique la plus simple. » Ils vont même plus loin et ils ramènent toutes les fièvres indistinctement, à la même condition, à une cardite soit droite, soit gauche, soit double, ainsi que nous le verrons. Cela doit paraître aussi absurde, aussi exagéré du moins que le système qui rattachait le point de départ de toutes les maladies à des gastro-entérites. Notez bien cependant qu'il ne s'agit point ici de toutes les maladies; il s'agit seulement de ce phénomène morbide général qu'on appelle fièvre, dont les manifestations extrinsèques sont si variées, si diversement compliquées aux yeux de l'observateur. Or, en faisant la part de ces complications, de ces variations, dont on peut au reste rendre un compte assez satisfaisant; en isolant, en d'autres termes, ses éléments phénoménologiques intrinsèques, la fièvre n'est et ne peut être au fond qu'une seule et même maladie, un trouble fonctionnel avec excès d'action de l'arbre vasculaire, toujours le même essentiellement, bien que, nous le répétons, ses manifestations offrent des apparences si variées, par cela même que les conditions matérielles de ce trouble présentent des degrés divers d'intensité et se fixent tantôt sur une partie, tantôt sur une autre du tronc fondamental. En principe, MM. Biaggi et Gargnani n'ont peut-être pas tort de dire que : « dans leur période d'invasion les fièvres intermittentes offrent exactement les phénomènes communs aux autres fièvres; par conséquent, la condition pathologique, la cause prochaine, la lésion organique doivent être les mêmes. » Elles seraient les mêmes en effet d'après leurs autopsies; mais n'anticipons pas. Disons seulement, quant à présent, d'après ce que nous venons de voir dans les articles précédents, que l'intermittente légitime reconnaît un double siége, savoir la phlébite centrale durant l'intermittence, et la phlébo-cardite durant l'accès. Le foyer fixe est dans les gros ceps veineux, renfermés dans le péricarde, et souvent aussi dans le gros tronc des veines coronaires. La phlébite reste là fixe, comme les tubercules dans le poumon, qui occasionnent le retour périodique de la fièvre consomptive.

« L'intermittente larvée n'est autre au fond, dit M. Biaggi, qu'une intermittente ordinaire, c'est-à-dire une phlébo-cardite, compliquée de la lésion d'un autre organe dont les symptômes masquent la fièvre. Que si, par fièvre périodique larvée on voulait désigner une douleur périodique, une phlogose locale périodique qui cède au quinquina ou à ses composés, je dirais que cette maladie là n'est pas une fièvre, par la raison qu'elle ne s'accompagne pas des phénomènes qu'on est convenu d'appeler fébriles. La périodicité de ces affections, leur accroissement et décroissement dans un nombre d'heures déterminé, est le seul caractère qui les a fait assimiler à la fièvre. C'est là sans doute une circonstance analogue à la marche de la fièvre; mais on ne trouve rien des phénomènes généraux propres à la fièvre; rien, dans leur période ascendante qui se rattache à une affection du cœur comme dans le stade pyrétique. Leur siége en effet est dans une partie du système nerveux ou dans quelques petits vaisseaux. Si le mal est dans les nerfs, les petits vaisseaux de la pulpe nerveuse ou de son névrilème en sont affectés: de là des phénomènes congestifs périodiques. Eh! qu'on ne vienne pas dire que le quinquina guérit ces maladies périodiques tout aussi bien que les fièvres intermittentes! Cela ne prouve autre chose que la propriété qu'a ce remède de guérir la condition phlogistiques des vaisseaux.

» Quelques personnes considèrent comme larvée, une fièvre qui, d'inflammatoire et continue en origine, ou continue-rémittente, plus ou moins, est devenue ensuite intermittente; on donne alors le quinquina ou le sulfate de quinine et elle guérit. On qualifie de *fièvre larvée*, cette espèce de queue (qu'on nous passe cette expression) de la fièvre inflammatoire, par la raison que dans la manière de voir de ces médecins, c'est la fièvre intermittente qu'on guérit avec le quinquina et non la fièvre inflammatoire. D'après cette hypothèse, la maladie n'était au fond qu'une fièvre intermittente masquée par une apparence inflammatoire. Il est évident, pour nous, que cette queue n'est autre qu'une fièvre intermittente commune, parce que ses périodes sont marquées; véritable transfor-

mation de la maladie primitive par le passage ou la concentration de la phlogose dans le cœur droit. On comprend en effet qu'une cardite générale, par exemple, qui s'accompagne de fièvre inflammatoire, continue ou rémittente, peut par sa marche décroissante se limiter dans le cœur droit, dans les veines caves intra-péricardiennes et dans le tronc de la veine coronaire, et donner naissance aux phénomènes de l'intermittente ordinaire. De même que celle-ci prend le caractère des fièvres continues par le passage ou la propagation de la condition morbide du cœur droit au cœur gauche. Nous avons souvent constaté ces faits sur le cadavre. Ajoutons que l'intermittente peut n'être souvent qu'une seconde maladie distincte qui succède à la première, la périodicité et les stades de la fièvre d'accès se rattachant, ainsi que nous venons de le voir, aux conditions particulières de la phlogose centrale qui en est le foyer fondamental. Nous verrons d'ailleurs comment, par le seul déplacement de cette phlogose, la fièvre change de type, devient intermittente de continue qu'elle était, *et vice versa.* »

« Quant à l'intermittente pernicieuse, elle tient ordinairement à une cardite composée (droite et gauche), mais la cause des symptômes qui constituent la condition pernicieuse, existe en dehors du cœur, excepté dans la pernicieuse syncopale ou lipothymique qui se rattache à une phlogose profonde des fibres du cœur et qui est des plus graves. Toutes les pernicieuses cependant ne sont pas très graves; quelques-unes sont mêmes légères; mais la nature de la complication est telle, le plus souvent (méningite encéphalique ou rachidienne), que malgré son léger degré de phlogose, elle donne lieu à des phénomènes alarmants, tels que des vomissements, des convulsions, ce qui fait dire que la maladie est grave, malgré que la lésion matérielle ne soit en réalité que peu intense.— Sur les cadavres de sujets morts de fièvre pernicieuse, on ne rencontre pas toujours une forte inflammation au cœur, ce qui ne veut pas dire que la phlogose n'a point existé. On voit tous les jours des symptômes incontestables d'érysipèle, de myélite spinale, de péritonite, ne pas laisser de restes notables sur le cadavre. En examinant avec soin le cœur des sujets qui mouraient dans notre hôpital, je les trouvais couverts çà et là de taches blanches, adhérentes, tenaces, plus ou moins épaisses; tellement nombreuses quelquefois que le cœur en était comme couvert. Je ne comprenais pas trop la nature de cet état de choses d'abord; mais ensuite j'ai rencontré des cœurs sur lesquels quelques-unes des taches en question présentaient la forme gélatineuse, et étaient entourées d'une auréole vasculaire fine, inflammatoire; d'autres étaient plus consistantes et environnées simplement d'un anneau vasculaire phlogistique, d'apparence analogue à l'injection qu'on rencontre dans l'inflammation superficielle du rein (V. fig. 41, planche 7 de l'ouv. de Rayer). Dès lors la nature de ces plaques ne m'a plus offert un instant de doute. » (Biaggi).

La conséquence pratique la plus importante qui découle des recherches que nous avons exposées dans les articles précédents, c'est que le principe de traitement des fièvres intermittentes, soit simples, soit pernicieuses, doit être celui-là même qu'on connaît pour la cardite, pour la phlébite et pour d'autres phlogoses profondes plus ou moins difficiles à déraciner, ce qui ne veut point dire que la saignée soit suffisante ou indispensable pour en obtenir la guérison. En disant que le traitement doit être essentiellement hyposthénisant ou antiphlogistique, nous plaçons sans doute la saignée au nombre des remèdes qui conviennent en général; elle est en effet d'un grand secours lorsqu'on la combine au sulfate de quinine; il est même des fièvres paludéennes dans certains pays, comme en Hollande, à Rochefort et ailleurs, que le quinine ne coupe pas sans les saignées. Cependant, il est d'expérience que les évacuations sanguines seules sont insuffisantes pour la guérison des fièvres intermittentes; cela devait être, vu que la phlogose dont il s'agit se rattache à des tissus à vascularisation fine, aux *vasa vasorum*, et l'on sait que l'effet de la saignée générale ne se fait pas bien sentir dans ces sortes d'inflammations; aussi, échoue-t-elle souvent dans la péricardite, dans la péritonite, dans la méningite, dans la rétinite, etc. Il faut donc avoir recours aux hyposthénisants à action élective. De ce nombre sont le sulfate de quinine, les ferrugineux, l'acide arsénieux, le nitrate de potasse, la digitale, etc., dont l'action porte plus particulièrement sur le cœur et les gros vaisseaux, et qu'on combine au besoin entre eux, avec la saignée, avec la diète, les boissons rafraîchissantes, les bains, les applications de glace sur le sternum, etc. On entend tous les jours des médecins soutenir que les saignées sont nuisibles dans les fièvres intermittentes, et qu'il faut au contraire donner à ces malades du bon vin et de la viande, indépendamment du sulfate de quinine ou de l'arsenic. Ces médecins ne voient dans la maladie que la seule périodicité, et dans ces deux remèdes que des vertus spécifiques. Ils agissent ainsi en véritables empiriques, et soit qu'ils guérissent, soit qu'ils ne guérissent pas l'affection, ils ne s'en rendent aucunement raison. Un pareil état de choses n'est fâcheux réellement que pour les cas où le mal ne guérit point, où il y a des récidives répétées ou des terminaisons organiques irrémédiables, ce qui n'est pas rare malheureusement dans certaines localités.

Disons tout de suite que prescrire du vin et des aliments stimulants aux sujets atteints de fièvre intermittente, c'est ignorer tout à fait la nature de la maladie, et le mal qu'on peut produire. Prétendre ensuite qu'on doit prohiber les saignées pour bien guérir à l'aide de l'arsenic ou du quinine, c'est avancer une erreur que l'expérience dément tous les jours. A un point de vue général, en effet, on peut dire que la saignée augmente l'action du quinine ou de l'arsenic, les deux actions s'aidant réciproquement. Nous venons cependant de faire remarquer que la saignée n'était pas toujours indispensable dans le traitement, à moins qu'il ne s'agît de sujets pléthoriques ou dont le pouls offrît de la force. La saignée n'enlève pas tout à fait la condition pathologique de la fièvre, mais elle facilite souvent l'action élective des remèdes propres à donner ce résultat.

Nous n'avons voulu jusqu'ici que poser les indications

thérapeutiques générales, et tracer un plan large de traitement qu'on chercherait en vain dans les livres où la fièvre est considérée comme une névrose, et le quinine comme un spécifique. Cette opinion qui rattache la fièvre intermittente à une lésion du système nerveux ganglionnaire, et dont quelques modernes s'adjugent aujourd'hui la priorité, remonte jusqu'à Hildebrand, qui l'avait exprimée formellement. C'est fâcheux à plusieurs égards pour les modernes, car ils ne se seraient pas rendus responsables d'une erreur grave, s'ils n'eussent pas oublié de citer le véritable auteur de cette doctrine ! Entrons maintenant dans quelques détails.— *Le sulfate de quinine*, qui est reçu comme le remède le plus sûr dans cette maladie, n'a rien de spécifique, et la preuve c'est qu'il guérit aussi bien une foule de maladies diverses, franchement inflammatoires, telles que le rhumatisme fébrile, plusieurs névralgies continues, les céphalalgies congestives, les cystites chroniques, etc. ; tandis que d'autre part la fièvre intermittente peut être guérie par plusieurs remèdes ainsi que nous le verrons. Les nombreux articles que nous avons donnés sur les effets dynamiques du sulfate de quinine, nous dispensent, à ce que nous croyons, de la nécessité de reproduire ici les faits qui prouvent jusqu'à l'évidence son action hyposthénisante cardiaco-vasculaire, laquelle suffit à elle seule pour expliquer sa vertu fébrifuge, sans avoir besoin de recourir à l'hypothèse d'une action mystérieuse, antipériodique, dans une affection qui est aussi continue au fond que la pneumonie la plus franche, et dont la périodicité n'est qu'un phénomène extrinsèque, secondaire. Or, c'est sur la condition essentielle de la maladie et non sur son effet secondaire, insaisissable, que le remède agit. Il opère là par son action élective comme la saignée dans une pneumonie, c'est-à-dire comme un remède antiphlogistique ; et tout remède hyposthénisant cardiaco-vasculaire en fera sûrement autant, ce qui enlève déjà au sulfate de quinine la prérogative mystérieuse dont l'empirisme s'était plu à le doter.

Deux autres remarques plus importantes encore doivent être ajoutées à ce sujet. La première concerne l'époque de l'administration du remède; la seconde, la forme la plus avantageuse pour cette administration. On professe généralement que, pour être efficace, le sulfate de quinine ne doit être administré que durant l'intermittence, le plus près possible du retour de l'accès, et jamais durant l'accès lui-même. Ce précepte est rigoureusement suivi, encore de nos jours, en France. En Italie cependant, on s'en est complètement affranchi, et l'on s'en félicite. *A priori*, on voit déjà de suite qu'une pareille prescription n'a pas de fondement, elle n'avait été dictée en effet que par les fausses idées qu'on professait sur la condition pathologique de la fièvre intermittente, sur la nature de ses accès, et sur le principe présumé d'action du remède. Nous venons de voir qu'au fond il s'agissait d'une maladie continue, fixe, ayant pour siége les organes centraux de la circulation ; le traitement par conséquent qui ne s'applique qu'à combattre un pareil état n'a guère à s'occuper de l'accès. Ce ne sont pas les accès que vous combattez, que vous devez combattre, mais bien la condition organique qui les produit. L'accès d'ailleurs, nous le répétons, n'est pour le médecin qu'un phénomène extrinsèque, insaisissable aux remèdes, analogue à celui de toute autre fièvre. Est-ce que dans une pneumonie, dans une hépatite, par exemple, on ne s'attache qu'à combattre les accès fébriles? En principe, il est donc évident que le traitement par le quinine doit être également continué pendant, comme avant et après l'accès. En fait, l'expérience a répondu favorablement à cette manière de voir, et l'on se tromperait fâcheusement si l'on soutenait avec quelques empiriques que durant l'accès, la médication quinique est nuisible, et qu'elle est en pure perte dans des moments éloignés du paroxisme. Constamment la fièvre est plus sûrement, plus promptement coupée, par la continuation incessante du médicament ; et il est parfaitement constaté que durant l'accès il est tout aussi avantageusement administré qu'avant ; il en diminue la force et la durée s'il ne le coupe pas, et le malade est moins abattu après le paroxisme. Il ne faut pas oublier, au reste, que l'état d'accès exprime un moment d'exaspération, d'extension de la phlébite centrale sur le cœur. Le mal est par conséquent à son summum d'intensité, et plus réfractaire en ce moment; il est moins sensible à l'action du remède; l'absorption intestinale elle-même doit être dérangée, affaiblie durant le trouble du paroxisme, surtout si le quinine est donné à l'état solide. Il y a loin cependant de ces données au précepte fâcheux d'interrompre la médication. C'est là une cause d'insuccès dans certaines fièvres paludéennes, ou du moins une cause de retard dans la guérison, par cela seul que l'action du médicament n'est pas assez continue, assez rapprochée, sans interruption. Il en est évidemment ici comme des saignées coup sur coup dans les maladies inflammatoires franches ; c'est l'action concentrée et continue qui en constitue l'élément du succès.

Quant à la meilleure forme à adopter pour l'administration du sulfate de quinine, il y a plus de trente ans que les Italiens préfèrent généralement l'état de solution comme plus absorbable, et par cela même plus énergique, et exerçant moins d'action locale irritante. Il est évident que la digestion à laquelle le sulfate basique de quinine doit être soumis pour agir, rend son effet lent, comparativement à la solution, et en même temps moins énergique, car il s'en perd une certaine quantité. Plusieurs écrits ont été publiés, il y a une quinzaine d'années, en Italie, sur les avantages de la solution en question, au double point de vue de l'effet thérapeutique et de l'économie. Nous rendîmes dans le temps compte d'un de ces écrits dans la Gazette médicale de Paris, il y a près de dix ans. Ce n'est donc pas sans étonnement que l'on a dû voir dans ces derniers temps, M. Piorry écrire à l'Académie des sciences pour déclarer comme sienne une pareille méthode ! Le sulfate acide ou le persulfate et le percitrate, sont les deux préparations quiniques préférables aujourd'hui, comme solubles, comme plus énergiques et plus économiques que le sulfate basique. On évalue, comme 1:3 la différence d'énergie entre cette dernière préparation et les deux premières. Il importe enfin de rappeler que plus la solution est délayée, plus son effet est prompt, complet ; et moins on aura à redouter son action locale irritante. En Italie, on trouve très avantageux d'aider l'action du sulfate de quinine par les ferrugineux dont l'action est analogue. Entre deux prises de quinine on donne une bonne dose (demi-gramme à un gramme) de carbonate de fer, le résultat est heureux et avec beaucoup moins de quinine. On peut prescrire le sulfate de fer en solution qu'on alterne avec les prises de quinine. La dose du sulfate de fer est celle-ci : on prescrit un gramme de ce sel (20 grains) dans 180 grammes (6 onces) d'eau distillée, à prendre, deux ou trois cuillerées à soupe par jour. Chaque cuillerée contient 7 centigr. environ (un grain et demi) de sel ferrique. Ce sel étant 25 fois meilleur marché, on peut économiser d'autant de sulfate de quinine, et obtenir un résultat plus prompt que par ce seul médicament.

L'acide arsénieux se présente au même titre que le sulfate de quinine comme hyposthénisant cardiaco-vasculaire, mais d'une puissance bien autrement supérieure. On l'a, depuis l'antiquité, employé dans le

traitement des fièvres intermittentes, ainsi qu'on peut le relever d'un long chapitre de Murray (Appar. med.), d'une note bien explicite de Geoffroy (Mat. méd. t. 1. p. 339), d'une autre pareille, consignée dans la chimie de l'Académie de Dijon (t. 2. p. 301), d'une mention analogue dans l'ouvrage de MM. Mérat et Delens (t. 1. p. 431), et d'une foule d'autres citations, que nous nous abstenons de rappeler. On en avait cependant, en différentes époques, déconseillé l'usage, par suite des dangers qu'on attachait à l'idée de l'intoxication par ce composé, et l'on y a tout à fait renoncé dès que le quinquine a été introduit. M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles, vient de faire revivre l'emploi de l'acide arsénieux contre la maladie en question, et les succès sont si nombreux, si constants, si sûrs, qu'on ne saurait refuser à cette prescription une importance réelle, au double point de vue thérapeutique et financier. La formule adoptée par M. Boudin, est celle-ci :—Pr. acide arsénieux, cinq centig. (1 grain); eau distillée 500 grammes (1 livre de 16 onces); dissolvez. On donne le cinquième environ, c'est-à-dire 100 grammes (3 onces) de cette solution par jour, par cuillerées, ce qui répond à un cinquième de grain. Presque jamais M. Boudin n'a eu besoin de dépasser cette quantité de remède par 24 heures, et constamment il a guéri la maladie en quelques jours, quelque fût d'ailleurs son opiniâtreté vis-à-vis le sulfate de quinine. Il a pu guérir ainsi des cas invétérés qui avaient été rebelles à ce dernier remède, et dans aucune circonstance il n'a observé le moindre accident, la moindre irritation locale, le plus léger signe d'empoisonnement. Cette dose, en effet, n'offre rien de dangereux alors même qu'on la doublerait (deux cinquièmes de grain), par la raison que chez de pareils patients il existe les mêmes conditions de tolérance que chez les pneumoniques pour les fortes doses de tartre stibié. Nous pensons, au reste, qu'on graduera plus sûrement encore les doses en doublant l'eau de la prescription de M. Boudin ; on aura ainsi 5 centigr. dissous dans 1000 gm. d'eau. Deux cents grammes de la solution représentent 1/5 de grain d'arsenic. Cette dernière dose constitue une quantité de douze grandes cuillerées environ, le malade en prendra une ou deux cuillerées à chaque heure. Donnée de la sorte, la solution est sans aucun goût, et ne saurait exercer aucune action locale. Il est bon de la donner pure, sans addition de sirop et à jeûn, autant que possible, vu sa facilité à se décomposer, en contact des substances organiques.

La prescription de l'acide arsénieux en solution aqueuse a été, depuis plusieurs années, recommandée dans nos diverses publications sur l'arsenic, comme remède hyposthénisant ou antiphlogistique, dans toutes les maladies du système vasculaire, à fond hypersthénique, au nombre desquelles sont la fièvre intermittente, le purpura hémorrhagica, la chlorose, la goutte, les rhumatismes, les anévrismes multiples, le cancer lui-même, et plusieurs autres affections. Nous avons cité, dans le temps, des guérisons de diverses maladies obtenues de la sorte, et cette induction générale était la conséquence de nos nombreuses expériences toxiques chez les chevaux et les chiens. Tous nos travaux à cet égard, ont visé à établir l'action dynamique de l'arsenic, comme hyposthénisante cardiaco-vasculaire, soit comme poison, soit comme remède, et nous l'avions précisément placé sur la même ligne que le sulfate de quinine, que le nitrate de potasse, que la ciguë, au degré d'énergie près. Les succès de M. Boudin, par conséquent, ne sont qu'une confirmation des principes de l'école italienne, ils ne nous apprennent rien de neuf, ce qui ne veut pas dire que nous n'attachons pas une grande importance à cette pratique. Par cela même que l'action de l'acide arsénieux, est 40 fois peut-être plus énergique que le sulfate de quinine, on doit tenir à son emploi, et d'autant plus que l'arsenic blanc ne coûte presque rien (quelques sous l'once), tandis que le sulfate de quinine est vendu, comme on sait, à des prix assez élevés dans les pharmacies.

La formule ci-dessus, au reste, n'appartient pas à M. Boudin; elle se trouve indiquée dans plusieurs auteurs, et avait été reproduite par nous-mêmes. Nous la croyons préférable à la teinture minérale de Fowler, comme dosable avec plus de précision. Cette teinture, que plusieurs médecins prescrivent encore, a comme on sait pour base un arsénite de potasse, liquide, visqueux, jaunâtre, incristallisable, mêlé à de l'alcool de mélisse, qui donne un composé d'un blanc légèrement laiteux, beaucoup moins énergique assurément, et moins précis que la solution aqueuse simple. La solution aqueuse que nous avons préparée fort souvent en grand pour nos expériences, veut être faite par ébullition, l'acide arsénieux étant peu soluble à froid ; il reste même souvent dans la capsule des résidus insolubles qu'il faut peser et calculer, pour agir avec exactitude. Les pharmaciens peuvent tenir cette préparation toute faite d'avance; il importe cependant de la conserver dans des flacons pleins, bien bouchés, où l'évaporation de l'eau ne soit que presque nulle. — Nous reprendrons ces études dans le prochain numéro.

Toenia. — M. Barth a montré à la société anatomique plusieurs tœnia rendus dans la même journée par une jeune fille de 13 ans 1/2, à laquelle il avait administré une décoction de 45 grammes d'écorce de racine de grenadier. Un de ces helminthes n'a pas moins de 15 à 18 pieds de longueur. M. Barth les ayant examinés au microscope a trouvé six têtes de *tænia armata* avec tous leurs caractères. Ce fait prouve que le médecin ne doit pas être complètement rassuré quand un malade a rendu une seule tête de *tænia solium* (Bull. de la Soc. anat.)

Crétinisme. — Il résulte des observations récentes sur le crétinisme que, dans les régions sous-alpiennes où cette maladie est endémique, on la trouve limitée dans une zone invariable, entre 1,394 et 3,600 pieds au dessus du niveau de la mer. Ni en deçà ni au delà de ces limites, on ne rencontre le crétinisme; et depuis qu'on a adopté de transporter les enfants crétins en dehors de cette zone, on a vu l'affection guérir merveilleusement. (Ann. univ. di med.)

CLINIQUES MÉDICALES.

—

QUESTIONS SPÉCIALES.

Les exutoires, remèdes réputés révulsifs, jouent un très grand rôle dans la thérapeutique française de nos jours. Il est à peine une maladie quelque peu chronique, dans le traitement de laquelle les cautères n'entrent pour une bonne part. On en voit tous les jours des exemples multiples dans tous les hôpitaux, ainsi que dans la pratique civile. Le catarrhe chronique de poitrine, les tubercules pulmonaires, affections si communes à Paris, sont presque constamment livrés au travail réputé salutaire des cautères, qu'on applique soit à la poitrine, soit au bras, soit ailleurs. Les affections de la moelle épinière et du cerveau, les paralysies et les gastrites chroniques, l'hypertrophie du cœur, les tumeurs anomales, la spermatorrhée, le catarrhe de la vessie, le cancer lui-même de l'estomac, de la matrice, ou des organes extérieurs trouvent pareillement leur secours dans une bonne paire de cautères. Les maux d'yeux et les névralgies, les maladies des os, ou n'importe de quel autre appareil, tout est enrôlé, soumis, rangé au système dont il s'agit, et l'on jugerait incomplet un traitement dans ces affections, sans les cautères. Quand une notabilité médicale est appelée en consultation dans des cas difficiles de ce genre, elle est heureuse de ne pas y trouver de cautères déjà appliqués, car sa prescription est toute prête alors ; cela fait de l'effet dans l'esprit des parents, et surtout du malade, car le cautère entame la peau ; et si ce secours avait déjà été appliqué, la notabilité vous le change de place, vous en multiplie le nombre, vous en prescrit de plus épais. Si le mal existe encore, le cautère doit l'affaiblir ou le guérir en l'attirant au dehors, en déplaçant les courants morbides; et si le mal est guéri, le cautère doit en prévenir la récidive. C'est, comme on le voit, le remède par excellence, le *quid divinum* de longévité de notre époque ! Enquérez-vous cependant des bienfaits qu'on en retire ? c'est une autre affaire ! Informez-vous du mal que l'abus d'une pareille pratique produit quelquefois ? c'est plus sérieux encore. Nous allons citer quelques exemples.

Une jeune femme, âgée d'une trentaine d'années, est en ce moment à l'hôpital Cochin (service de M. Briquet), pour un cancer à l'estomac, arrivé déjà à la période cachectique, formant à l'épigastre une tumeur dure, du volume du poing. Cette région avait été couverte, en ville, de nombreux cautères à la potasse, qu'on faisait suppurer depuis quelque temps; la malade souffrait horriblement de toutes ces plaies, et quand elle a été reçue à l'hôpital, il a fallu pour la soulager commencer par cicatriser ces nombreuses ulcérations dont les cicatrices comprennent un espace au moins de la largeur de la paume de la main. Une dernière plaie y reste encore, de la largeur de 6 centim. carrés environ (2 pouces), et elle offre de la difficulté à se cicatriser, à cause de l'état de maigreur de la patiente. Que pouvaient-ils ces cautères à la peau, en présence d'un cancer à l'estomac? Songez cependant au mal que produit dans ces cas l'insomnie, à l'inappétence et quelquefois aussi à la fièvre qu'occasionnent la douleur et la suppuration de ces plaies artificielles, d'une impuissance absolue d'ailleurs sur un mal organique comme le cancer ! Une femme que nous avons vue hier (10 sept.) à la consultation de l'hôpital St-Louis, portait aussi plusieurs cautères à l'hypogastre pour un cancer horrible qu'elle avait à l'utérus ; elle nous a assuré qu'elle souffrait plus de ces cautères que de son mal utérin ! Une autre jeune femme, atteinte de bronchite capillaire et de tubercules, à l'état de crudité, portait déjà six cautères sur le devant de la poitrine, lorsque son médecin a désiré s'éclairer des lumières d'un membre de l'Académie royale de médecine; la consultation a eu lieu à la campagne, au domicile de la malade : six autres cautères ont été prescrits sur le derrière de la poitrine. Malgré cette douzaine de cautères, le mal suivait son cours habituel, la bronchite intercurrente n'avait pas été modifiée le moins du monde, et la malheureuse patiente ne pouvait se coucher ni en pronation, ni en supination, vu la présence des douze cautères; elle passait les nuits assise dans son lit, et s'était réduite aux extrêmes par le fait des cautères ajoutés à sa maladie; son sommeil et son appétit avaient disparu. Il est à remarquer que la cicatrisation de ces cautères n'a pu être obtenue que très lentement, tant la constitution était déjà altérée.

Il est des cas bien autrement fâcheux de l'abus de cette pratique. M. Briquet nous a raconté qu'un jeune homme très maigre, qui était traité en ville pour une hypertrophie au cœur, a eu un large cautère appliqué à la région précordiale ; l'escarrhe a agi si profondément, qu'à sa chute elle s'est trouvée avoir perforé les muscles intercostaux, la plèvre et le péricarde; la pointe du cœur battait à nu ; le malade est mort peu de temps après. Dans un autre cas qui nous a été communiqué par le même praticien, l'escarrhe du cautère avait pénétré dans une caverne pulmonaire sous-jacente, et l'on en prévoit les conséquences. Nous avons vu un cautère au bras se convertir en cancer, et nécessiter l'amputation du membre dans l'épaule. Ces accidents des suppurations chroniques ne sont pas les seuls. Il serait difficile de savoir en quoi le cautère pourrait être utile dans ces occurences. En principe, l'application est absurde ; en fait, elle est nulle, sinon nuisible. Comment en effet une suppuration artificielle à la peau pourrait-elle détourner un travail hypertrophique déjà accompli sur le cœur, dans ses cavités, dans ses valvules, une fonte purulente de tubercules déjà effectuée? Quelle dérivation pourrait-il résulter dans une maladie viscérale profonde par une suppuration circonscrite établie dans un point du tissu cellulaire externe, sous-cutané, qui n'offre anatomiquement aucune communication directe avec l'organe malade? Fera-t-on intervenir la doctrine des sympathies nerveuses? Mais que peuvent-

elles ces hypothèses, en présence d'un mal matériel, physico-dynamique? On veut, dit-on, révulsionner! Révulsionner, quoi? Le travail congestif, sans doute; mais il est complètement illusoire de croire qu'on détourne ainsi dans l'économie vivante les actions morbides par des courants opposés comme par des jeux de télégraphes électriques!

La conséquence que nous voulions déduire de ces remarques, c'est qu'on a tort d'employer sans discernement les exutoires; d'en abuser surtout au point de produire des accidents et sans aucune chance favorable dans une multitude de cas, par suite de la doctrine des prétendues révulsions. On se tromperait cependant si l'on croyait que nous proscrivons indistinctement tous les exutoires. Ces remèdes ne doivent être employés qu'au double point de vue de l'absorption des éléments qui les composent, et des liquides qu'ils soustraient à l'économie. Il en résulte des applications bien différentes de celles qu'on suit dans la pratique, car il n'est guère utile de provoquer des suppurations, tandis qu'il est avantageux de favoriser l'absorption de différents remèdes par la surface de l'exécutoire, très près du mal. Cette question est comme on le voit, digne de nouvelles études. Il est des exutoires complètement inutiles ou nuisibles; il en est d'autres dont l'usage veut être mieux entendu. Par suite de cette manière de voir, il n'est pas indifférent qu'un exutoire soit posé avec tel ou tel moyen, son action étant très différente, soit qu'on agit avec la cantharide ou la pommade ammoniacale, avec le calorique concentré ou la potasse, avec le séton ou un cylindre de camphre qu'on brûle, etc. Les pansements eux-mêmes offrent d'autres considérations plus importantes encore au point de vue dynamique. Nous reviendrons sur ce sujet.

La variole règne sans cesse, plus ou moins, dans tous les hôpitaux de Paris. Ce sont ordinairement des sujets âgés de 15 à 30 ans qui en offrent des exemples, la plupart ayant déjà été parfaitement vaccinés dans l'enfance, ainsi qu'on s'en assure par l'examen des cicatrices vaccinales, ce qui ne saurait plus laisser de doute sur l'utilité des revaccinations. Il est rare qu'un service de médecine des hôpitaux ait moins d'une demi-douzaine de ces sujets à soigner chaque année, et l'on peut en dire autant des services de chirurgie, l'éruption se montrant assez souvent chez les amputés. Il serait difficile de dire comment le mal éclate dans certaines salles, vers la convalescence d'affections graves, soit médicales, soit chirurgicales. Par cela même que les sujets sont alors faibles, l'éruption, quand elle est confluente, offre de grands dangers, et il n'est pas rare de la voir se terminer par la mort. Nous avons vu plusieurs exemples de ce cas dans le courant de cette année et de l'année dernière. Il est des époques où un seul de ces sujets devient l'occasion de malheurs dans une même salle, plusieurs sujets y étant atteints successivement. Dernièrement, un jeune homme est traité de la variole dans le service de M. Bouillaud; il guérit et sort; une dizaine de jours après, un convalescent de fièvre typhoïde grave, qui était couché à quelque distance dans la même salle, est pris à son tour d'éruption confluente et il succombe. Une jeune femme, Anglaise, traitée à St-Louis d'une ganglionite de l'aîne, a payé à son tour le tribu de la contagion qui avait frappé plusieurs femmes de la même salle, et elle a succombé. La forme varioloïde est tout aussi fréquente et aussi grave dans les hôpitaux, que la forme ombiliquée. A l'hôpital Cochin, M. Briquet a adopté généralement la médication abortive pour les boutons qui se déclarent à la face, et il obtient constamment les plus heureux résultats quand le mal est au début; il emploie comme on sait le masque mercuriel. Depuis quelque temps il se sert pour cela d'une pommade hydrargiro-goudronnée, composée de parties égales de goudron et d'onguent napolitain; ce mélange offre une couleur brune, de consistance assez ferme, qui rappelle les apparences de l'extrait de ciguë. On barbouille une fois par jour la face du malade avec cette pommade, pendant la première semaine, et les boutons restent à l'état de pointes, sans suppurer et sans laisser la moindre cicatrice apparente. Un jeune homme traité de la sorte, que nous venons de voir dans le service de M. Briquet, offre un résultat parfait, malgré la confluence excessive de son éruption. Ce médecin a observé au reste que ce remède réussissait d'autant mieux que l'éruption était intense; dans les cas de varicelle ou de varioloïde légère, le mercure lui a semblé s'opposer à la résolution franche; les boutons restant à l'état de petites duretés pendant quelque temps dans le tissu de la peau, ce qui laisse des inégalités désagréables, lesquelles ne disparaissent qu'à la longue. Au surplus, on sait que la médication abortive dont il s'agit est indiquée formellement dans plusieurs livres des XVIIe et XVIIIe siècles, et avec des expériences à l'appui : c'était aussi le mercure qu'on employait. M. Giacomini avait indiqué dans le même but une pommade de camphre délayé dans du jaune d'œuf. Il paraît que les médicaments font rétrograder le travail phlogistique de la pustule, en vertu de leur action hyposthénisante vasculaire locale, et que d'autres substances peuvent en faire autant.

Une réflexion se présente naturellement à la vue de ces faits des hôpitaux. Pourquoi chaque hôpital n'a-t-il pas une salle spéciale pour les varioleux, dans le but de prévenir la contagion, quelquefois funeste, chez les autres malades? A Londres, à Vienne, à Naples, et dans plusieurs autres capitales, cet isolement est en vigueur depuis longtemps, et l'on s'en félicite. Sans doute que le mal pourrait passer pareillement d'une salle à une autre du même établissement, malgré l'isolement; mais c'est là une question. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans les pays où le système est en vigueur, les malades des autres salles n'offrent presque jamais des exemples pareils, et s'il s'en présente quelquefois, on les fait de suite passer dans la salle des varioleux. La chose vaut au moins la peine d'être examinée.

Clinique de M. Bouillaud.

Leçons sur la chlorose. — Réfutation.

Arrivons aux phénomènes généraux et aux signes de la maladie, continue M. Bouillaud. Ici nous serons laconiques, les caractères de l'affection vous étant déjà connus par les nombreux cas de ce genre que vous voyez tous les jours à la clinique. — L'*habitude extérieure* des chlorotiques, des chloro-anémiques et des hydrémiques, offre quelque chose de frappant, de caractéristique à l'œil même le moins exercé. La peau est généralement pâle ; cette pâleur cependant présente des nuances dignes d'attention. Chez les uns, elle est d'un blanc de cire, condition propre à l'anémie ; chez les autres, la teinte est jaunâtre ou verdâtre, circonstance inhérente à l'altération du sang, à la diminution des globules, ce qui est particulier à la chlorose proprement dite ; chez d'autres, les veines sont affaissées, à peine visibles ; la pâleur s'accompagne d'une sorte de mollesse particulière du derme par le fait de la diminution à la fois de la masse du sang et des globules : c'est lorsqu'il y a chloro-anémie, et ce cas est des plus fréquents. Si l'on examine attentivement, dans ce cas, les veines, on leur trouve une teinte violacée, ainsi que nous vous le faisons chaque jour remarquer dans notre service. Chez d'autres sujets enfin, l'habitude extérieure offre une sorte d'embonpoint ou de bouffissure mollasse ; cet état accompagne assez souvent la chloro-anémie, mais il se rencontre le plus ordinairement dans l'hydrémie. Rien n'empêche, au surplus, que ces conditions diverses de l'habitude extérieure soient combinées entre elles, coexistent à des degrés divers chez un même individu : de là des nuances nombreuses que la pratique vous apprend à distinguer aisément.

L'*état du pouls* chez les chlorotiques est digne d'attention, continue M. Bouillaud ; il est peu plein, mou, fluctuant. Ceci mérite cependant quelque explication. Quand il s'agit de l'anémie simple, le pouls est non seulement mou, mais encore faible et fluctuant, la masse du sang étant en défaut et les artères peu pleines : le pouls offre alors les mêmes ondulations successives au toucher que le canal de l'urètre pendant le passage d'un médiocre courant d'urine. La même condition existe dans la chloro-anémie ; mais le pouls est plein, quoique mou, dans l'hydrémie, et l'on en comprend aisément la raison. Ce sont là des phénomènes physiques dépendant de l'état du sang et que nous vous avons déjà fait connaître. Un pareil état de choses si simple, si important, était naguère inconnu en médecine, avant que nous eussions introduit les méthodes exactes d'observation.

Le *cœur et les artères* présentent des particularités dignes d'être notées, et que personne n'avait bien appréciées avant nous. Notons d'abord qu'au moindre mouvement, au moindre choc physique ou moral, particulièrement pendant l'ascension des escaliers, pendant la course ou la démarche forcée, l'action du cœur s'exalte à un point extrême, devient irrégulière, palpitante : de là des essoufflements, de la dyspnée, de l'oppression. Les palpitations sont tellement fortes quelquefois, qu'elles sont visibles à distance, malgré même les vêtements, et l'on se rappelle que, dans le cas observé par Rasori, les palpitations soulevaient les couvertures du lit de la malade. Ce sont ces palpitations que les médecins prennent tous les jours pour des phénomènes d'hypertrophie, et traitent malheureusement à l'aide de saignées, de la diète et de la digitale, ce qui aggrave considérablement la maladie et précipite les patients au tombeau, alors qu'on peut les guérir sûrement quand on sait poser un diagnostic exact et prescrire les remèdes que nous allons indiquer. Rien n'est plus facile que de distinguer ces palpitations purement nerveuses, de celles qui se rattachent à une lésion organique, à une hypertrophie, ainsi que vous nous le voyez faire chaque jour. Quand la pointe du cœur bat un peu en dedans ou directement au dessous du mamelon, dans le cinquième espace intercostal ; quand la percussion ne vous donne qu'une matité circulaire de cinq centimètres quarrés environ (un pouce et demi à deux pouces) ; quand enfin l'auscultation n'accuse pas de bruits anormaux dans cet organe, on peut affirmer que les palpitations ne sont que nerveuses, et tel est le cas ordinaire des chlorotiques. Le cœur est comme étouffé par faiblesse, par manque de stimulus, de sang suffisant ; il ne se contracte pas avec sa force normale : de là ces mouvements désordonnés qui simulent les phénomènes des maladies organiques. Des conditions analogues se rencontrent dans les gros troncs artériels ; l'aorte abdominale offre en effet des pulsations désordonnées et vibratiles vers la région épigastrique chez plusieurs sujets. Les Italiens rattachent ce phénomène à de l'artérite ; c'est une erreur dans laquelle ne tomberont pas les praticiens qui savent faire comme nous de la médecine exacte. Cette mobilité nerveuse du système artériel fait que les sujets éprouvent aisément des raptus sanguins, des congestions vers telle ou telle région, des rougeurs instantanées au visage, des épistaxis, etc. Les carotides et les sous-clavières présentent en outre le bruit de souffle dont nous avons déjà si souvent parlé, bruit variable en intensité, depuis le plus faible vent jusqu'au *susurrus*, et qui se rencontre quelquefois aussi aux artères crurales, et dans quelques cas, au cœur, mais à un faible degré. Nous vous avons déjà dit que ces divers bruits ou souffles qu'on peut appeler chlorotiques, sont continus et dépendent de l'altération du sang, de la diminution de sa masse, de ses globules, de sa consistance.

Le système musculaire se ressent chez les chlorotiques de l'état maladif du sang ; il présente de la faiblesse, une lassitude générale. Les patients sont apathiques, peu aptes au travail, à la démarche, à la station debout ; ils se fatiguent aisément, accusent souvent des douleurs vagues dans les membres, phénomènes inhérents sans doute à la manière d'être du système nerveux ; aussi observe-t-on parfois chez certains chlorotiques des mouvements désordonnés, con-

vulsifs, de véritables convulsions. Il n'est pas facile, à la vérité, de se rendre compte de ces phénomènes convulsifs qui semblent indiquer un surcroît de force, alors qu'il y a d'autre part lassitude générale, à moins d'admettre, comme cela me paraît raisonnable, que l'altération du sang emmène une sorte de trouble dans les fonctions du système nerveux, trouble analogue à celui que produisent les excitations véritables. Par suite de cette faiblesse générale et de l'impuissance contractile des muscles intercostaux, des grands muscles inspirateurs et du diaphragme, la cage thoracique ne *marche* pas : elle est paresseuse comme les jambes, pour ainsi dire. De là l'oppression, la gêne à la respiration que les chlorotiques accusent, même pendant le repos ou le séjour au lit. A cette cause d'oppression, il faut joindre le trouble des fonctions cardiaques dont nous venons de parler.

L'*appareil digestif* participe autant ou plus que les autres aux désordres fonctionnels. Il est paresseux comme le système musculaire, et sa sensibilité est plus ou moins pervertie. Les chlorotiques n'ont pas faim, ou du moins ils ne désirent que des aliments bizarres, peu nutritifs ou inassimilables, tels que la salade, du citron, du charbon, etc. A quoi tient-elle cette appétence pour les choses acides? On sait que dans l'état normal une certaine quantité d'acide est indispensable dans l'estomac pour les digestions. Y aurait-il chez les chlorotiques absence de cet élément dans ce viscère? Le charbon absorbe-t-il des gaz développés morbidement, ou bien exerce-t-il une autre influence quelconque dans l'accomplissement des digestions? Je l'ignore; tout ce que nos observations nous autorisent à dire, c'est que la fonction de l'estomac est languissante par défaut de sang dans ses parois; cette fonction est défectueuse par manque de stimulus suffisant : de là l'indication de la forcer en quelque sorte pour former du sang, condition sans laquelle la guérison ne peut avoir lieu. J'appellerai enfin votre attention sur l'état de l'appareil génital chez la femme chlorotique. — *Le système utérin* est chez elle, le plus souvent, le siége d'irritations diverses; il y a absence ou irrégularité des menstrues; des fleurs blanches existent le plus souvent, lesquelles s'accompagnent par fois de granulations et quelquefois également de désordres organiques plus sérieux à la longue : aussi est-il important d'interroger, d'examiner les femmes chlorotiques à ce point de vue. — D'après le tableau précédent, vous saisirez aisément les caractères physiques de la chlorose, de l'anémie, de la chloro-anémie et de l'hydrémie, et nous croyons superflu de nous étendre davantage sur ce sujet.

Etiologie. — Hâtons-nous de passer à l'étude des causes de ces diverses affections; ceci est capital. Rien n'est plus évident pour nous que les causes de l'anémie. Cette maladie succède constamment aux pertes de sang, aux hémorrhagies répétées, soit traumatiques, accidentelles ou par la main de l'art, soit spontanées. Quand on a essuyé des maladies aiguës graves dont la guérison a réclamé un grand nombre de saignées, ou qu'on en ait pratiqué avec excès, les sujets deviennent anémiques; vous le voyez tous les jours dans notre service sur des sujets traités ailleurs que chez nous; vous en avez eu dernièrement un exemple remarquable sous les yeux : c'est le cas de la jeune sage-femme dont nous vous avons déjà entretenu. Ces sujets sont anémiques, parce qu'ils ont perdu leur sang, et l'on peut suivre chez eux, pas à pas, le développement de la maladie. Il est un autre mode de développement de l'anémie : il consiste dans un défaut d'hématose par la présence de diverses maladies chroniques; le résultat est le même. C'est ce qu'on observe chez les phthisiques, chez ceux qui ont eu des suppurations abondantes et prolongées, chez les scrofuleux, etc. Voilà pour l'anémie. — Quant aux causes de la chlorose, elles se rattachent à tout ce qui altère les globules du sang, une mauvaise alimentation, l'habitation dans un air impur ou manquant de certaines conditions nécessaires à l'hématose normale, le défaut d'exercice corporel, l'usage du corset qui, chez les jeunes personnes, comprime l'estomac et les vaisseaux chylifères, s'oppose à une digestion convenable, à l'absorption du chyle; la masturbation, l'exercice de certaines professions, etc. Ce sont là autant de causes qui empêchent les globules sanguins de se former, de se renouveler, et aux principes ferrugineux d'entrer dans le sang. Je ne vous indique là que les chefs principaux de l'étiologie de la chlorose et de la chloro-anémie; je pourrais entrer dans de grands détails et vous développer chacune des circonstances étiologiques que je viens d'énoncer. Disons en dernier lieu que la diminution des gloubles, la diminution de la densité du sang qui succède à l'action de ces causes rend raison des hémorrhagies, des pertes sanguines que ces sujets éprouvent si souvent. Le sang en effet, ayant perdu de sa densité, s'échappe aisément des vaisseaux. C'est encore là un fait physique dont la médecine exacte se rend parfaitement raison.

Le traitement de l'anémie, de la chlorose, de la chloro-anémie ne présente qu'une indication fondamentale : refaire le sang, refaire les globules et le fer. Les meilleurs moyens que nous possédons pour la remplir sont ceux-là même qui nous servent d'aliment journalier; nous voulons parler d'une nourriture substantielle bien choisie, à laquelle on ajoutera l'usage d'une préparation ferrique, capable de se fixer sur les globules; telle est le lactate de fer, par exemple. Ainsi, on mettra les malades en question à l'usage de bons aliments, de viandes rôties, de bon vin, pas très spiritueux, mais bien tonique, comme celui de Bordeaux, des bains de mer. L'exercice corporel, la promenade au grand air, la suppression des causes dont nous venons de parler; telles sont les données d'après lesquelles on doit se régler pour guérir la maladie, et l'on peut affirmer que la guérison est constante. Malheureusement, nous n'avons pas dans nos hôpitaux tout ce qui nous faut pour atteindre ce but, l'alimentation n'étant pas bien substantielle et le vin de Bordeaux nous manquant entièrement : aussi ne guérissons-nous pas complétement ces sortes de sujets dans nos salles; mais il en est autrement dans la pratique de la ville. Disons enfin que, par cela-même que l'estomac est paresseux, il faut le forcer à fonctionner. Néanmoins il est des sujets qui vomissent les aliments, comme ce vieillard que nous avons eu dernièrement dans nos salles, et cette vieille femme qui s'y trouve en ce moment, et dont l'épigastre présente

des pulsations artérielles considérables. Il faut, dans ce cas, agir avec ménagement et n'accorder que la quantité d'aliments que l'estomac peut supporter. Avons-nous besoin de vous démontrer maintenant que l'artérite des médecins italiens, comme condition fondamentale de la chlorose, n'est qu'un rêve?...

Réfutation. — Merci de tant d'honneur!... Un fait général frappe tout d'abord dans la lecture de l'exposé précédent, c'est que M. Bouillaud n'a fait qu'indiquer, qu'esquisser *grosso modo* la chlorose, mais il ne l'a pas décrite. Il ne l'a pas décrite et il ne peut la décrire, par la raison que son système de médecine mécanique lui laisse échapper le début des maladies, leur véritable marche dynamique, leur étiologie et même plusieurs de leur terminaisons naturelles. Il n'y voit que la partie matérielle; aussi lui faut-il de grosses pièces, des affections déjà matérialisées, des caissons, des parallélipipèdes morbides, qu'on nous passe ces expressions, pour s'y arrêter; et cela devait être, la mécanique ne pouvant s'exercer que dans de pareilles conditions. Cherchez, en effet, dans sa description, la partie la plus importante de la pathologie de la chlorose, les phénomènes du début, les terminaisons spontanées, l'étiologie dynamique, la pathogénie véritable? Vous n'y trouverez rien! C'est que, nous le répétons, une médecine qui ne s'attache qu'à la partie mécanique, aux produits déjà accomplis du travail morbide, n'est et ne peut être qu'une médecine *imcomplète;* dangereuse même assez souvent, par la raison qu'elle se laisse échapper l'essence, le principe dynamique de la physiologie pathologique, et ne sait opposer aux maladies que de simples remèdes mécaniques, c'est-à-dire, nuls, insuffisants ou nuisibles dans un grand nombre de cas. Jetez, en effet, un coup-d'œil sur la thérapeutique de M. Bouillaud; vous ne rencontrerez qu'une pauvreté désespérante! Des saignées, des ventouses, des vésicatoires, voilà tout son arsenal. Là dessus, le savant clinicien se livre à des discussions colossales, et il n'en sort pas; il ne peut, il ne sait en sortir, par la raison que son système mécanique l'y enchaîne. Aussi, dès que ses batteries monotones des saignées sont vidées, ou si elles ne sont pas applicables, reste-t-il dans l'impuissance la plus fâcheuse. Alors, commence, il est vrai, une consommation abondante de sirops parfaitement innocents, mais ce ne sont pas là des remèdes comme on sait. On peut dire que M. Bouillaud édulcore ses malades quand il ne les guérit pas, car il prescrit souvent jusqu'à trois et quatre sortes de sirops d'agrément à chaque lit. Un petit purgatif, c'est déjà une grande affaire! M. Bouillaud se vante de guérir presque toutes les maladies avec ces ressources mécaniques; il se trompe, et nous pouvons le lui prouver en prenant les faits de sa propre clinique. Citons seulement un seul exemple, la fièvre typhoïde, et revenons de suite à la chlorose. Dans un relevé exact des fièvres typhoïdes soignées à la clinique de M. Bouillaud pendant les deux derniers mois, et que nous publierons dans le prochain numéro, on trouve six morts sur quinze cas traités par les saignées coup sur coup, c'est-à-dire une mortalité énorme de plus du tiers; tandis que M. Bouillaud a écrit qu'il en guérissait 9 sur 10, et il affirme verbalement en guérir 29 sur 30! Et, chose remarquable, trois autres malades, entrés tardivement, qu'il a jugés très graves et qu'il n'a pas traités, pour ne pas compromettre probablement sa formule, ont guéri tous les trois! C'est là ce que M. Bouillaud appelle *sa médecine exacte*!

Vous reprochez hautement et avec amertume aux médecins Italiens de ne pas la connaître? Mais, vous-même, connaissez-vous la leur? Connaissez-vous surtout leur thérapeutique, leur toxicologie, qui sont à un siècle en avant de la pratique du jour? Ce qui prouve qu'ils connaissent très bien la médecine soi-disant *exacte*, c'est qu'ils ont critiqué péremptoirement et proscrit le système des saignées coup sur coup (Voyez Giacomini, 5e vol., p. 319). Ceci nous explique déjà la source des *compliments* peu parlementaires de l'honorable clinicien de Paris! Disons-le: il est vraiment regrettable que certains hommes d'un mérite élevé comme M. Bouillaud, méconnaissent les intérêts réels de l'art dans une critique indépendante, digne de la science, de ceux qui la font et de ceux dont les doctrines seules sont en jeu.

A part les questions de doctrine que professe M. Bouillaud sur la chlorose, et que nous examinerons, il nous semble utile de saisir tout de suite notre adversaire sur les faits cliniques qu'il a si souvent invoqués dans le cours de cette discussion. — Voyez d'abord cette jeune sage-femme, véritable type de chloro-anémie, laquelle est restée plusieurs semaines à la clinique. Pâleur de cire, mouvements convulsifs, inappétence, bruit carotidien, tout était très marqué chez elle; mais l'avez-vous guérie? Pas le moins du monde! Que lui avez-vous prescrit? Rien, ou presque rien. Pourquoi est-elle sortie? Parce qu'elle s'ennuyait avec raison à l'hôpital, et elle était dans le même état en sortant qu'en entrant! — Voyez ensuite ce vieillard sec et fort, dont nous avons rapporté les détails; autre type de chlorose avancée, qui a séjourné aussi plusieurs semaines à l'hôpital! Maigreur squelétique, teint brun, bruit artériel, vomissements, pulsations épigastriques, pouls cordé, saccadé, *frizsante* (fluctuant de M. Bouillaud), tout l'appareil chlorotique était au maximum. L'avez-vous guéri? Pas le moins du monde! Que lui avez-vous prescrit? Presque rien! il vomissait les aliments que vous lui donniez comme remède, (les aliments cependant ne sont pas des remèdes, dans aucune maladie réelle, ainsi que nous vous le prouverons). Pourquoi est-il sorti spontanément au bout de quelques semaines? Parce qu'il s'ennuyait avec raison à la clinique, et il était tel en sortant qu'en entrant! — Voyez-vous encore cette vieille femme dont M. Bouillaud vient de parler en dernier lieu, et qui se trouvait à peu près dans le même cas que le malade précédent? L'avez-vous guérie de la chlorose? Pas le moins du monde; elle est sortie à peu près dans le même état. Nous pourrions rappeler ici une vingtaine de cas analogues de la clinique de la Charité, dont le mal était à des degrés divers, et qui est resté à peu près dans le même état. M. Bouillaud ne guérit donc pas à l'hôpital la chlorose, la chloro-anémie? Aucunement. Pourquoi cela? C'est parce que, dit-il, l'hôpital ne lui fournit point du vin de Bordeaux! C'est là du moins son idée. Pour nous, la chose est claire, c'est qu'il ne traite pas la maladie, et il ne peut la traiter, il ne peut la guérir, par la raison que les théories qui le guident sont complètement erronées, ainsi que nous le prouvons. Nous le répétons, nous ne regardons pas comme un traitement la prescription d'aliments et quelques atomes insignifiants de fer. «Mais, je guéris en ville, dit M. Bouillaud!» Eh bien! nous allons vous suivre en ville, dans les cas, du moins que vous avez racontés publiquement à la clinique, et qui, par cela même, se trouvent versés par vous dans le domaine publique de la critique, et nous allons voir si vous êtes plus heureux là qu'à l'hôpital.

Voyez-vous cette jeune dame italienne, fraîchement mariée, pour laquelle M. Bouillaud a été appelé en ville, par un médecin italien? Elle était traitée pour une hypertrophie au cœur, à l'aide de saignées et de la digitale. M. Bouillaud a diagnostiqué une chloro-anémie. C'est très bien; mais l'avez-vous guérie? Pas le moins du monde;

elle est morte avez-vous dit ! Et M. Bouillaud se prévaut de cela pour dire que les Italiens n'entendent rien en médecine ! ! Il s'imagine donc qu'il aurait, lui, guéri cette dame dans une époque antérieure à l'aide de ses côtelettes rôties et de son vin de Bordeaux? C'est là une présomption dont nous relèverons plus loin tout le ridicule et le danger, pour ne rien dire de plus. Nous ignorons, au reste, ce que pouvait être le médecin dont parle M. Bouillaud.— Une jeune dame espagnole se trouvait à peu près dans le même cas. Le médecin espagnol qui l'accompagnait n'était pas plus au fait de la médecine exacte que le précédent; de là une sortie de M. Bouillaud contre tous les médecins espagnols.(M. Bouillaud n'a pas dit s'il comprenait dans ce nombre son collègue, M. Orfila !) Mais, enfin, l'avez-vous guérie? Vous n'en savez rien, avez-vous dit, puisque cette dame est partie ! — Dans un autre cas, il s'agissait aussi d'une jeune dame qui est allée avec son mari consulter M. Bouillaud; les pulsations du cœur étaient effrayantes. L'avez vous guérie? Vous n'en savez pas davantage, puisque vous ne l'avez vue qu'une fois, et il en est toujours ainsi dans la pratique de la ville, quand on est haut placé comme M. Bouillaud : on n'est consulté qu'une, deux fois, et l'on ne peut suivre les malades pour savoir ce qu'il en advient ! L'on pourrait à présent mettre M. Bouillaud en demeure de produire, soit de sa pratique publique, soit de sa pratique privée, des cas de chlorose bien positifs, guéris à l'aide de la méthode qu'il suit. Nous croyons pouvoir affirmer que non-seulement il n'en a pas, mais qu'il ne peut en avoir. Il ne s'agit pas ici de présomptions, d'hypothèses, nous parlons d'après ce que nous avons vu à la clinique même de M. Bouillaud; et, à cet égard, nous l'avons dit, nous n'admettons aucune interprétation, attendu qu'il s'agit ici d'une question de fait.

En opposition avec ces résultats, voici ce que nous avons à dire dans ces généralités de la question : nous avons guéri et vu guérir *complètement* la chlorose, sans un seul atome de fer; à l'aide de petites saignées au début, puis de divers remèdes hyposthénisants vasculaires, tels que les alcalis (bicarbonate de soude), l'eau de mer, l'extrait de petite ciguë officinale, le sulfate de quinine. M. Giacomini nous écrit (lettre du 4 sept.) qu'il guérit constamment la chlorose par la méthode suivante : une ou deux saignées au début, puis l'usage intérieur de la scille, de l'acétate de plomb, de la digitale. Nous concevons que les personnes qui ignorent l'action dynamique de ces médicaments et qui suivent les errements de l'humorisme moderne, ne peuvent comprendre *a priori* comment ces remèdes peuvent guérir la chlorose; mais, ne serait-il pas au moins prudent de s'enquérir de ces faits, d'en constater l'exactitude cliniquement? La chose en vaut, ce nous semble, la peine, puisque, d'une part, les ferrugineux ne sont pas toujours suffisants pour guérir la chlorose; de l'autre, il arrive assez souvant que cette maladie se termine par la mort, affectant après une certaine période, des formes anomales ou névropathiques, ou même organiques incurables. Ce qui doit paraître étrange en ce moment, d'après les fausses idées qu'on professe sur la chlorose, c'est que cette maladie puisse, dans certains cas, se terminer par des dépôts terreux et épaississants des parois artérielles (tophus et stéatomes des artères), par des anévrismes multiples, par des dépôts tuberculeux, par des végétations hématiques, cancroïdes, etc. Il s'agit, comme on le voit, de la question la plus vaste de la pathologie; nous prions le lecteur d'attendre l'évolution des faits que nous aurons à faire passer sous ses yeux avant de se prononcer.— Nous entrerons plus directement dans le cœur de la discussion, et nous reprendrons les questions que nous avions posées dans le dernier numéro. Nous vous prouverons que votre hydrémie n'est qu'un rêve de cabinet; que votre mélange de chloro-anémie n'est qu'un second rêve; et que, quant à la chlorose, vous ne la connaissez pas, puisque vous ne vous arrêtez qu'à son épiderme! Comptez sur notre exactitude.

DOCUMENTS HYGIÉNIQUES.

Une visite à l'hospice de la Salpêtrière de Paris. *Les folles.* — Entre Bicêtre, dont nous avons parlé dans l'avant dernier numéro, et le pont d'Austerlitz, sur la même rive gauche et sur la même route, mais en deçà des barrières, et très près de la Seine, est la Salpêtrière, hospice immense, le plus vaste qui existe en ce genre en Europe, fondé en avril 1656, par les soins tout spéciaux du roi Louis XIV (quatorzième année de son règne), et destiné au refuge des pauvres invalides du sexe féminin, avancées en âge, et au traitement des folles et épileptiques de tout âge. Autrefois, cet établissement a contenu jusqu'à huit mille habitants (Voy. Code de l'hôpital général, pag. 3, in-4°, Paris, 1786) ; il en contient aujourd'hui 5,500, dont 1,460 aliénées et épileptiques, sans compter les employés et gens de service dont le nombre s'élève à 400, et qui ne couchent pas tous dans le local. Cette diminution dans le nombre des administrés, malgré l'étendue croissante des bâtiments de l'établissement, tient uniquement aux besoins hygiéniques mieux sentis, en raison de la civilisation. Aussi, pense-t-on diminuer encore de 500 la population de la Salpêtrière, pour placer ses habitants dans des conditions parfaitement salubres, ainsi qu'on l'a déjà fait pour l'autre hospice de vieillesse, Bicêtre, qui de 4,000 a été réduit à 3,000 environ.

Les habitants seuls de Paris et de ses faubourgs, jouissent aujourd'hui du droit de réclamer un refuge à la Salpêtrière et à Bicêtre; tandis qu'autrefois ce bienfait s'étendait jusqu'aux habitants de la banlieue. Cette restriction tient aux pertes considérables que l'administration a faites par la suppression d'un grand nombre de priviléges que le grand monarque Louis XIV avait accordés à la Salpêtrière et à Bicêtre, et à l'intervention du conseil municipal de Paris, dans une grande partie des dépenses nécessaires à l'entretien des hôpitaux de la capitale. La dépense annuelle pour l'entretien des hôpitaux et hospices de Paris, s'élève à 13 millions. Les revenus de l'administration ne montent qu'à 7 millions environ. La municipalité complète le surplus, et autorise aussi quelquefois des dépenses extraordinaires. Il est donc juste que les deniers de la ville ne s'appliquent qu'à la charité de la ville elle-même, et de laisser à chaque municipalité le soin de ses propres pauvres (Voy. Rapport au conseil gén. des hospices de Paris, sur l'admission des vieillards et infirmes des communes rurales, etc. 1845). Or, si l'on considère que la population de Paris, qui en 1803 n'était que de 550,000, s'élève aujourd'hui à 950,000, c'est-à-dire qu'elle s'est accrue de 66 pour 100 dans l'espace des 42 dernières années (Voy. le rapport ci-dessus); que par conséquent la proportion

des vieillards et infirmes nécessiteux a dû s'accroître; on comprendra sans peine pourquoi les places de la Salpêtrière et de Bicêtre sont de nos jours plus difficiles à obtenir qu'autrefois; pourquoi il y a toujours un grand nombre de postulants pour chaque vacance. Ceci n'a lieu cependant que pour la partie seulement destinée aux pauvres invalides, et qui est la plus considérable, car pour les aliénées on les reçoit toujours, et indistinctement, même alors qu'elles sont des provinces ou étrangères à la France. Dans ce dernier cas, l'administration ne les garde que jusqu'à ce qu'elles peuvent supporter la translation dans leur pays; elle écrit pour cela aux préfets, aux consuls ou aux ambassadeurs respectifs.

La création de la Salpêtrière est de beaucoup postérieure à Bicêtre et même à l'hôpital de la Pitié, qui était lui-même en origine un asile des pauvres, principalement destiné aux enfants des deux sexes. L'on comprenait sous le titre d'*Hôpital général* toutes ces maisons destinées à la vieillesse et aux enfants nécessiteux. L'édit de fondation de Louis XIV est un chef-d'œuvre de sagesse, de politique et de haute philantropie. Il est surtout intéressant de voir avec quel soin paternel ce grand monarque a enrichi la dotation de ces établissements, par des priviléges innombrables, par des prélèvements considérables qu'il a autorisés sur les taxes, sur les douanes, etc. Ces priviléges ont été abolis en partie par suite de la première révolution (1789); mais en 1801, les hôpitaux ont reçu une nouvelle dotation, et ce fut alors qu'on créa l'administration centrale actuelle. En 1803, Napoléon institua le conseil municipal, qu'il chargea de la gestion de la commission administrative des hospices. L'ensemble de ces édits forme un énorme volume in-4., connu sous le titre de *Code de l'hôpital*, qu'on conserve à l'administration où nous avons pu le parcourir. On trouve dans cette administration la plus grande facilité pour s'enquérir des documents historiques et même administratifs. Dans l'exposé général des motifs de l'édit de fondation, on lit le passage suivant: « Que les pauvres invalides de la capitale trouvassent dans une maison fondée les secours contre l'indigence et les infirmités; et qu'il y eût à Paris un lieu où l'on *renfermât par forme de correction*, les personnes qui, en état de subsister du produit de leur travail, se porteraient cependant à mendier, par des raisons de fainéantise ou de libertinage. » Un peu plus loin, l'édit ajoute: « Le libertinage des mendiants est venu jusqu'à l'excès, par un malheureux abandon à toutes sortes de crimes qui attirent la malédiction de Dieu sur les états, quand ils sont impunis... Plusieurs d'entre eux, de l'un et l'autre sexe, habitent ensemble *sans mariage*, beaucoup de leurs enfants *sont sans baptême*, et ils vivent presque tous dans l'ignorance de la religion, le mépris des sacrements et dans l'habitude continuelle de toutes sortes de vices. » L'ordonnance est contresignée par le roi et par Guénégaud.

On voit déjà par ces passages qu'en origine la Salpêtrière n'était pas seulement un asile, c'était en même temps une maison de détention, les mendiants étant quelquefois difficiles à gouverner ou importuns à la libre exécution des lois. Aussi y observe-t-on encore le bâtiment et les cellules de la prison qui a contenu jusqu'à 800 individus. On y recevait également les enfants des deux sexes, qu'on gardait, les garçons jusqu'à l'âge de 5 ans, les filles jusqu'à l'âge de 18, puis on les faisait passer à la Pitié. Cette grande pensée de l'extinction de la mendicité en France était déjà très ancienne, car le roi Jean en 1350, puis François I, Charles IX, Henry III, Louis XIII, avaient donné des édits tendant à la même fin (Voy. Code de l'hôpital). Dans les réglements primitifs on défend aux administrateurs de recevoir les mendiants affligés de lèpre ou de mal vénérien. Un arrêt du parlement de 1657, porte défense d'imprimer quoi que ce fût concernant les hospices de la vieillesse, sans l'autorisation par écrit des directeurs, sous peine « *d'être puni comme perturbateur du repos public* ! » (pag. 105 du code cité). Dans un autre édit postérieur, le roi confère à l'établissement les biens de tout individu mort des suites d'un duel, etc. Le monarque a voulu enfin que ses armoiries fussent sculptées sur le portail de la Salpêtrière, où elles existent encore. Comme tout autre hôpital ou hospice de la capitale, la Salpêtrière a un directeur spécial qui loge dans l'établissement, et un intendant général qui l'inspecte journellement et sous les ordres duquel sont tous les employés. L'intendant est choisi parmi les membres de l'administration centrale. M. Battèle à qui ce soin supérieur est confié en ce moment pour Bicêtre et la Salpêtrière, a bien voulu nous accompagner personnellement dans la visite que nous y avons faite le 11 août, nous faciliter les entrées partout et les explications les plus exactes dont nous avions besoin. Une vacation de six heures nous a à peine suffi pour recueillir les documents que nous allons exposer. M. le docteur Dufour, chirurgien-major de la marine, était avec nous.

La Salpêtrière représente véritablement une petite cité parfaitement close, dont l'entretien coûte à la ville de Paris près de 150,000 francs par mois. Elle a ses rues intérieures, placardées et numérotées, sa petite poste, ses places publiques, ses promenades ombrées, sa paroisse, ses lois, ses priviléges, ses petits marchés, ses boutiques *intra-muros*. L'administration actuelle a conservé religieusement l'article réglementaire de l'édit de fondation, concernant l'organisation du travail intérieur, et qui consiste à payer, à certaines conditions, celles des vieilles femmes qui veulent encore s'occuper dans les divers ateliers de l'établissement. Par ces produits, elles peuvent se procurer à loisir des objets, qu'on pourrait appeler de luxe, des douceurs, des friandises, etc.; aussi, de petits marchands du dehors ont-ils établi dans l'intérieur, de petites barraques en permanence, où ils vendent des fruits, des sucreries, du tabac, des objets d'habillement, de couture, etc., et jusqu'à du savon, du charbon, du bois, des outils divers, etc. Au reste, ces bonnes femmes ne sont plus de nos jours dans des conditions de détention, elles sont libres, et elles vont en ville si elles le veulent deux fois par semaine (les folles exceptées). A sa périphérie, l'enceinte de la cité de la Salpêtrière donne sur

un immense horizon. Elle est limitée au nord par sa façade d'entrée, qui regarde le boulevard dit de l'Hôpital. Au Nord-est, par le chemin de fer d'Orléans, auquel elle oppose un interminable parallélogramme de terrain clos, à ciel ouvert, destiné au desséchement du linge (*séchoir*), sillonné de cordes métalliques, ayant dans son milieu des bassins considérables pleins d'eau vive (*lavoirs*), et sur l'un des côtés, un bâtiment isolé, d'où s'échappent des torrents de vapeurs bouillantes d'une odeur potassique, et des ruisseaux d'eau chaude qui se rendent à divers récipients: c'est la *buanderie* servie par une machine à vapeur et des chaudières gigantesques à mécanique, pour la lessive, etc. Cette partie périphérique, que nous parcourons en ce moment, est déjà à une grande distance de l'habité, et peut être considérée comme l'un des faubourgs de la Salpêtrière. Au sud-ouest, et à une grande distance de la petite ville, sont deux immenses réservoirs d'eau potable d'une étendue aussi vaste, peut-être, que la moitié du palais des finances, que l'administration vient de faire construire cette année, au prix de 78,000 francs, pour l'usage exclusif de la Salpêtrière. Bien que clos dans l'enceinte, ces réservoirs offrent deux inconvénients graves : l'un, de ne pas être couverts et soustraits, soit à la malveillance, soit aux rafales bourbeuses des élévations voisines ; l'autre, de ne recevoir que de l'eau de l'Ourcq, dont on connaît la dureté. On espère cependant que le projet d'un puits artésien au Jardin des Plantes, s'exécutant, pourra alimenter un jour les réservoirs de la Salpêtrière, et chauffer même la petite colonie de nos pauvres mères septuagénaires. Des terres cultivées pour le compte de l'administration et un ancien cimetière, entourent l'établissement dans le reste du côté *est* et *sud-ouest*.—L'habité de la Salpêtrière se trouve naturellement divisé en deux grands compartiments distincts : les folles et épilectiques, et les vieilles invalides.

§ 1. LES FOLLES ET LES EPILEPTIQUES. — La portion *est* et *sud-ouest* de l'établissement, est destinée au traitement des folles et des épileptiques. Elle donne sur des jardins plantés d'arbres et de fleurs, sur des cours multiples, et présente partout des promenoirs couverts, mais ouverts latéralement et donnant sur des grands horizons champêtres. Les folles sont rangées en deux grandes catégories : les *curables* et les *incurables* ; ces dernières sont aussi appelées les *chroniques*. Chacune de ces divisions occupe des bâtiments distincts, et se divise en trois groupes : les *dociles* ou *calmes*, les *agitées* et les *turbulentes*. Une multitude de cours, de jardins, de murs, de grilles servent de cloisonnements à ces diverses divisions. Il n'y a des dortoirs en commun que pour les *dociles* ; les autres ont des cellules à un seul lit. Les dortoirs sont très propres, boisés, frottés, cirés ; les lits sont en bois ou en fer, sans rideaux ; de grandes fenêtres largement ouvertes entretiennent une ventilation constante pendant le jour. Des poëles existent partout pour la saison rigoureuse. Les cellules ne sont pas toutes aussi satisfaisantes ; il en est de bien pénibles, véritables cachots anciens, dallés, murs nus, humides, sans lumière, sans air, sans poëles ni bouches de chaleur. Le nombre de ces cellules est encore considérables ; il serait urgent de les faire disparaître ou de les améliorer, leur usage n'étant plus véritablement en harmonie avec le système humanitaire suivi de nos jours à l'égard des aliénés. On a dernièrement bâti à la Salpêtrière quelques cellules dites à châlet, disséminées dans des jardins ; leur intérieur, cependant, laisse encore beaucoup à désirer. Au reste, les dortoirs comme les cellules sont placés au rez-de chaussée, et c'est à ce même plan qu'habitent généralement les aliénées, l'expérience ayant démontré de grands inconvénients dans l'habitation à des étages supérieurs. Plusieurs logements, cependant, présentent deux ou trois étages habités par des folles calmes ou des épileptiques ; quelques-uns de ces étages sont convertis en salles de travail où les patientes sont tenues en commun ; mais les fenêtres, ainsi que les escaliers, sont barricadés et grillés pour prévenir les accidents.

Indépendamment des dortoirs et des cellules, il existe d'espace en espace, au rez-de-chaussée, de grandes salles dites *de travail*, ou les patientes calmes sont, après la promenade et les exercices médicaux dont nous parlerons tout à l'heure, réunies et soumises au labeur par groupes distincts, sous la surveillance des gouvernantes ; les unes travaillent à l'aiguille, les autres à faire de la charpie ; d'autres à des ouvrages plus ou moins culinaires. Il est une seconde espèce de pièces, dites *salles de réunion*, pour les calmes toujours. C'est là que le médecin les réunit, les explore, les étudie, les soumet sous ses yeux à divers exercices orthophréniques pendant plusieurs heures chaque jour. Nous reviendrons tout à l'heure sur ces salles de réunion. On tient pendant le jour, dans les dortoirs, celles qui sont indisposées accidentellement, ou malades. On n'y trouve pas, au reste, de réfectoires, si ce n'est dans le bâtiment des épileptiques ; c'est là une grande lacune, et elle n'est pas la seule, malheureusement. De grandes améliorations sont vivement à désirer dans une multitude de choses sur lesquelles nous ne pouvons nous arrêter dans cet aperçu général. Faisons seulement remarquer que la différence est assez frappante, entre le *confortable* des aliénés de Bicêtre et celui de la Salpêtrière, l'avantage étant pour les premiers ; nous en chercherons tout à l'heure la cause.

A. *Les folles chroniques ou incurables*.— Cette moitié s'élève à 600 environ, et comprend, ainsi que nous venons de le dire, les épileptiques, les paralysées, et les folles dont le mal déjà ancien est devenu habituel, et s'accompagne de conditions mécaniques que l'expérience a démontrées incurables dans la généralité des cas. Nous disons, dans la généralité des cas, et non toujours, car on en voit guérir aussi quelques-unes parmi celles-ci ; cinq, six par an ; mais elles récidivent aisément. Les médecins auxquels sont confiés les soins de cette partie de l'établissement, sont MM. les docteurs Trélat, Baillarger, Lélut. Ces trois messieurs demeurent dans la Salpêtrière même, et il leur faut, il faut le reconnaître, un grand dévouement scientifique et philantropique pour lutter avec persévérance contre des maladies incurables, des sujets sans raison, ingrats, parfois malhonnêtes, souvent dégoûtants, mais toujours dignes de pitié à la vérité. On comprend que les observations doivent souvent offrir ici des difficultés sur le vivant, et les autopsies seules peuvent fournir des conditions instructives, exactes et satisfaisantes. Il n'est guère encourageant en effet pour l'homme de l'art de n'avoir à exercer son savoir contre des êtres intraitables, inguérissables. Aussi, ne saurait-on trop louer le zèle avec lequel ces savants distingués se sont voués à une œuvre aussi ingrate à tant d'égards. Une multitude de maisonnettes, séparées par des cours et des grilles en fer servent d'habitation à cette population. Disons tout de suite, que c'est là la partie la moins brillante de la Salpêtrière. Des réparations, des améliorations de première nécessité sont urgentes partout ; l'hygiène ne peut y déployer toutes ses ressources, et le visiteur est frappé à chaque pas de l'insuffisance des moyens disponibles en faveur de ces malheureuses, malgré les soins infinis de l'administration locale, soins qui seraient insoutenables sans un instinct profond pour le bien, sans une surveillance aussi dévouée, aussi animée par le sentiment philantropique.

En entrant dans ces cours des agitées et des turbulentes

incurables, on se trouve assailli, entouré, apostrophé, menacé, étourdi par une multitude de ces gaillardes en sabots, dont quelques-unes sont formidables, et que les surveillantes et les infirmières surtout redoutent, par les coups de poings ou de sabots qu'elles en reçoivent de temps en temps. L'excitation est aussi instantanée chez elles à la vue d'hommes nouveaux, que chez une meute en présence d'un gibier débusqué. Des vociférations rauques se transmettent de grille en grille, vous assourdissent, et rendent si pénible l'observation, qu'on est bien aise de hâter le pas et d'en sortir. Rien de pareil ne nous avait frappé à Bicêtre. Par cela même qu'il est plus fortement organisé et habitué à la domination, l'homme aliéné est plus tolérant, moins excitable à la vue des étrangers ou des infirmiers; il est doux, il se laisse maîtriser. Tandis que dans l'autre sexe, un système nerveux naturellement plus délicat, plus sensible, plus ébranlable; des souvenirs ineffaçables, vrais ou faux, de tyrannie, de torts, de trahisons dont l'homme se rend souvent coupable envers la moitié qu'il domine, sont peut-être autant de conditions prédisposantes à la surexcitation facile chez elle dans la circonstance dont il s'agit. Aussi, est-il si important que la femme aliénée reste sequestrée pendant longtemps, loin de la vie commune, jusqu'à guérison complète, si guérison peut il y avoir.

Ce qui surprend chez ces malheureuses, c'est la tolérance excessive de leur organisme pour des vociférations incessantes, qui auraient, durant l'état normal, épuisé promptement la constitution la plus robuste. Il y a là évidemment une dépense indispensable d'un surcroît morbide de force fonctionnelle qui rend compte d'une pareille capacité, et qu'on pourrait comparer à la tolérance excessive pour les saignées et la diète chez les sujets atteints de pneumonie ou d'autres affections inflammatoires. L'inspection de la figure et du crâne, chez ces infortunées, dévoile à l'instant la source de leur manière d'être. Elles sont pâles, traits rétractés, regard égaré, yeux et paupières plus ou moins injectés, cheveux et vêtements en désordre; front défectueux chez la plupart. Les moins agitées couchent sur des lits assez propres, dans des espèces de petits dortoirs; les autres n'ont pour coucher que de la paille à longs brins, entassée dans une sorte de caisse (couchette), et couverte d'un drap. Les unes se déshabillent, les autres pas, pour passer la nuit dans ces cellules obscures, véritables cabanons qui réveillent de tristes réflexions; et pourtant les fonds de l'administration sont si limités, à ce qu'il paraît, que malgré les réclamations incessantes de l'administrateur supérieur, on n'a pu obtenir jusqu'ici du conseil municipal des crédits pour améliorer un état de choses aussi affligeant! Il serait vivement à désirer que les autorités compétentes prissent connaissance elles-mêmes de ces tristes conditions, et avisassent à des mesures propres à les faire disparaître. Quel est donc le citoyen qui ne verrait avec la plus grande satisfaction convertir certaines dépenses de luxe, comme par exemple les crédits de l'anniversaire de la révolution de 1830, en un bienfait de cette nature? On répète sans cesse que l'administration est riche à plusieurs millions de rente. Sans doute qu'elle est riche; mais si cette rente ne suffit pas aux dépenses annuelles qu'elle a à supporter pour l'entretien des hôpitaux, sa richesse ne constitue qu'une pauvreté relative. Sans le secours du conseil municipal, en effet, elle ferait faillite; or, ce secours est limité; il en résulte que les améliorations deviennent lentes et difficiles, malgré les efforts incessants de l'administration.

Les paralysées et les *gâteuses* (c'est-à-dire qui laissent échapper involontairement leurs excréments) couchent dans des dortoirs assez propres, bien aérés et éclairés; elles couchent, non sur des lits percés, comme les gâteux de Bicêtre mais sur des couchettes en bois, dont la caisse est pleine de paille libre, et couverte d'un drap. Dans le fond de la caisse est un grand disque en fer blanc qui communique avec le sol, à l'aide d'un tuyau, sorte d'entonnoir qui doit transmettre au dehors les urines et les autres parties liquides qui filtrent à travers la paille. On change le drap et la paille aussi souvent que cela devient nécessaire. Les liquides qui filtrent, passent dans l'entonnoir et tombent sur des dalles blanches sous le lit; les infirmiers ouvrent de temps en temps un robinet qui se trouve au mur du chevet, et un jet d'eau s'élance à l'instant en serpentant sous le lit, et entraîne immédiatement les matières fétides vers un trou souterrain: grâce à ce mécanisme très simple et à l'aération toujours active, ces salles ne présentent pas la moindre odeur choquante. Il paraît que ce mode de couchage sur de la paille à longues tiges, a été trouvé plus commode et plus propre pour les gâteuses que les matelas percés et durs dont les bords de l'entonnoir contondent, blessent les tissus, produisent aisément des escarrhes de décubitus. On ne pense pas que la paille entretenue proprement, ventilée chaque jour, renouvelée souvent, ou rafraîchie par de nouveaux ajoutages, soit un mauvais coucher; on la préfère à de mauvais matelas, et sa propriété de mauvais conducteur du calorique la rend assez chaude, si les salles sont bien échauffées en hiver. — Il est dans cette classe d'aliénées et épileptiques chroniques, un certain nombre de sujets dociles, arrivés à la période d'idiotisme ou de démence, qui croupissaient naguère dans de la boue, et qui, grâce aux soins paternels de M. Battèle, sont aujourd'hui assemblées chaque jour dans de vastes chambres à un premier étage, bien aérées, exposées au soleil, où elles travaillent, font de la charpie et des comprssses pour l'établissement; elles sont bien couchées et ont un réfectoire particulier.

B. *Les aliénées curables.* — Ce compartiment est plus intéressant que le précédent; les sujets qui le composent étant plus jeunes, leur mal plus récent, plus favorable à la guérison. Il y règne par cela même un grand mouvement. Leur nombre s'élève à 800 environ; leur âge est généralement de 25 à 40 ans; on en compte peu dans la cinquantaine. On prévoit déjà que l'organisme offre ici plus de ressources, et lorsque l'affection est encore à l'état fonctionnel, on peut espérer de l'attaquer avec succès. Les guérisons annuelles s'élèvent à plus du tiers, c'est-à-dire à 320 environ, tel est du moins le chiffre qu'on a obtenu l'année dernière. MM. les docteurs Falret et Mitivier sont chargés du service médical de cette division; ils ont chacun séparément une moitié d'aliénées, et dans chaque moitié il existe le même système de classement et de traitement que nous allons décrire. Notre visite ayant eu lieu à huit heures du matin, M. Falret s'y trouvait déjà; il a bien voulu nous faire assister à ses exercices et à sa visite, qui ont duré plusieurs heures. On commence par se réunir dans la salle dite de *réunion*, sorte de barraque placée en plein champ, précédée d'un promenoir couvert. Cette pièce n'est autre qu'une grande salle d'école; un piano est dans un de ses coins; une sorte d'estrade existe à droite de son entrée pour le médecin et pour les personnes qu'il honore de la permission d'assister aux séances orthophréniques; les murs sont ornés des portraits de médecins qui ont fait avancer la thérapeutique de l'aliénation. Les patientes y arrivent chacune avec son ouvrage à la main, et elles s'assoient sur des chaises parallèlement placées comme dans un cours; un carré central est réservé aux plus avancées dans la guérison, et celles-ci servent de type dans l'enseignement mutuel. Chacune est à son ouvrage, la plupart à l'aiguille, quelques-uns au tricot.

Des surveillantes sont là pour prévenir tout désordre et fixer l'attention de celles qui se laissent entraîner à leurs hallucinations ; un silence absolu doit y régner.

M. Falret, qui a une grande autorité sur elles, qui se fait aimer et respecter, et par sa parole imposante et par sa douceur, par les récompenses, les pensions qu'il décerne de ses deniers à celles qui secondent et suivent avec fruit ses instructions, dans l'intérêt de leur propre guérison, les observe l'une après l'autre, les scrute en silence, étudie leurs tics, leur degré de fixation de l'attention, leur facile abandon aux hallucinations qu'il leur connaît déjà, puis il leur donne le thème du chant, et elles chantent en chœur ; les plus avancées, qui occupent le carré du centre, entonnent l'air demandé, les autres les suivent. Pendant ce temps, le médecin examine celles qui ne suivent pas la mesure ou qui gardent le silence, et il les fait avertir. Ce chant d'ensemble, qui dure près de deux heures, produit d'heureux résultats, fixe leur attention, éloigne les hallucinations et met l'encéphale dans une sorte de repos salutaire ou de fonction calme, normale et récréative. Après le chant viennent les répétitions : le médecin en appelle nominativement un certain nombre, et elles répètent successivement par cœur, les unes, des fables; les autres, des vers; d'autres, des morceaux d'histoire que le médecin leur avait indiqués. Durant chaque répétition, une compagne tient un livre où se trouve le morceau récité, pour remettre au besoin dans la voie, en cas d'égarement de la mémoire. Comme le chant, la répétition fixe l'attention, éloigne les hallucinations. Les moins instruites présentent leurs cahiers d'écriture. Au sortir de là, elles passent dans leurs chambres de travail, par petits groupes, où elles sont surveillées attentivement et également distraites de leurs hallucinations, par les inspectrices en permanence.

On voit déjà que le principe de ces exercices consiste à occuper, à distraire l'esprit, à éloigner l'accès fonctionnel anormal, et obtenir ainsi le repos organique nécessaire à la résolution spontanée de la condition pathologiques des centres nerveux. Il s'agit par conséquent d'un traitement indirect de la folie, puisqu'on ne combat que ses phénomènes extrinsèques : cela paraît cependant salutaire, les guérisons étant assez nombreuses, ainsi qu'on vient de le voir. Reste néanmoins à savoir jusqu'à quel point ces guérisons sont complètes et durables. Pour les savants qui regardent l'aliénation comme le résultat de conditions matérielles plus ou moins profondes, le traitement moral ne peut être qu'un des éléments de la question thérapeutique de la folie. On ne saurait comparer cette méthode qu'au système de la médecine expectante ; système qui n'attaque pas directement le fond de la maladie, qui compte sur la force réparatrice de l'organisme, et qui ne s'attache en définitive, qu'à mettre les organes dans les conditions de repos. Bien que ce soit là une condition essentielle pour la guérison, car, nous le répétons, éloigner les conditions du retour des accès maladifs, c'est mettre les forces organiques en état de résoudre le mal, de reprendre petit à petit leurs fonctions normales, on comprend néanmoins que souvent cette puissance doit rester au dessous du mal, sans compter, d'ailleurs, qu'une pareille voie est très longue, très laborieuse : que faut-il donc faire pour attaquer directement la condition pathologique de la folie ? Pour répondre, à cette question, il faudrait commencer d'abord par définir en quoi consiste une pareille condition dans chaque degré de la maladie ; ce serait nous jeter dans une discussion déplacée dans cet article ; nous n'avions voulu que relever un fait général, sauf à le reprendre directement en temps et lieu. Voilà pour le traitement moral. — Le traitement physique est peu de chose chez les aliénés, tant à la Salpêtrière qu'à Bicêtre. Quelques bains, quelques purgatifs, un séton, voilà le bagage le plus adopté ; encore n'y a-t-on souvent recours, puisqu'on ne compte surtout pour la guérison, que sur les moyens moraux et hygiéniques.

Disons, en terminant, que par suite des réglements actuellement en vigueur, les aliénées de la Salpêtrière et des autres établissements officiels du même genre sont parfaitement servis, et la surveillance est telle que les abus deviennent impossibles. Les médecins, d'ailleurs, auxquels la direction est confiée, sont des hommes bien placés dans la science, et généralement connus par leur probité, par leur désintéressement, leur dévouement philantropique et leur indépendance de caractère. Qu'il nous suffise de citer pour exemple M. Falret lui-même, qui passe quatre heures par jour auprès de ses malades à la Salpêtrière, pour un faible honoraire de 1,500 francs par an, qu'il dépense et au délà, pour les malades elles-mêmes. Aussi, ce médecin est-il considéré comme un bienfaiteur de ces infortunées. Dans notre opinion, les établissements officiels sont les seuls qui offrent toute la garantie désirable à l'égard des aliénés, dans l'état actuel de la législation.

§ II. Les vieilles invalides. — La partie la plus considérable de la Salpêtrière est occupée par les vieilles invalides. Nous ne devons la considérer qu'au point de vue hygiénique. Les logements forment d'immenses casernes étiquetées d'après l'âge approximatif des administrées. Ici on lit : Bâtiment des septuagénaires ; là : bâtiment des octuagénaires, etc. L'infirmerie est placée au fond de plusieurs cours, isolée des autres bâtiments ; ses salles sont magnifiques et entretenues avec une sorte de luxe ; elles sont de nouvelle formation ; aussi, les règles de l'hygiène y ont elles été parfaitement observées. A ces salles est annexée la pharmacie, organisée sur le même pied. Un logement spécial, séparé de la grande infirmerie, est destiné aux *cancéreuses ;* leur nombre s'élève à près de 400. A droite de l'entrée est une magnifique église octogone où, les fêtes et les dimanches, arrivent en bon ordre à la messe les folles et les invalides, divisées en huit catégories distinctes, nombre égal aux nefs du temple, et jamais on n'y observe de désordre.

Avant d'arriver aux dortoirs des vieilles invalides jetons un coup-d'œil rapide à la cuisine commune de cette populeuse famille. Ce local est isolé de l'habité, à gauche en entrant ; il se trouve naturellement annexé à une magnifique boucherie que l'administration vient de faire bâtir avec une sorte de somptuosité, ayant portes et fenêtres en fil métallique à petites mailles, pour en défendre l'entrée aux mouches. La quantité de viande consommée chaque jour pour l'établissement est énorme : cinq bœufs, un veau, trois moutons. Cette viande vient tous les jours du dehors comme dans les hôpitaux du centre. Il est regrettable que la Salpêtrière n'ait pas comme Bicêtre son abattoir intérieur ; elle serait beaucoup mieux servie et avec économie ; il paraît cependant qu'on manque jusqu'à présent d'un local *ad hoc.* Au devant de la cuisine est une troupe de femmes occupées à éplucher des monceaux de salade que les vieilles mamans paraissent aimer avec passion ; le budget de la maison

cependant ne permet pas de leur en offrir tous les jours, la dépense qu'elle occasionne étant assez forte à Paris, surtout dans certaines saisons. Cette salade est assaisonnée dans des récipients énormes et retournée à tour de bras. Les épluchures sont utilisées pour l'entretien d'une porcherie que l'administration élève pour le compte des hospices de la vieillesse.

Le pot-au-feu est fait chaque jour dans 24 marmites en fonte, de la capacité de 80 litres chaque. Ce système des petites marmites à petite profondeur, n'est introduit que depuis peu à la Salpêtrière, et il donne d'excellents résultats, comparativement à l'ancien système de la cuisson dans des chaudières gigantesques qu'on suit encore à l'Hôtel royal des Invalides. Il serait assez difficile de dire pourquoi le bouillon et la viande sont d'un bien meilleur goût quand le pôt-au-feu est fait dans des marmites de *petite capacité et peu profondes*, et pourquoi leur qualité est meilleure quand le vase de la cuisson est en fonte. Un directeur d'un grand hôpital de Paris, qui s'est livré à des expériences sur ce sujet, a observé que conduit à très petit feu, et malgré l'évaporation, chaque pôt-au-feu de 80 litres d'eau, donnait une quantité totale de bouillon qui était de deux litres supérieure à la quantité d'eau qu'on avait employée, ce qui semblerait incompréhensible. Si ce fait était exact, on pourrait l'expliquer par la quantité des matériaux dissous de la viande et des légumes dans le bouillon, par la densité et le volume de cette addition à l'eau primitive, et par l'interposition de cette matière dans les molécules aqueuses. On sait au reste, par le rapport de M. Chevreul à l'Académie des sciences, sur le bouillon de la compagnie hollandaise, que la différence de qualité du bouillon et de la viande cuite était considérable, suivant que le pôt-au-feu était conduit à grand ou à petit feu. A grand feu, la fibrine se coagule et reste dans la viande, le bouillon est mauvais, mais le bouilli est meilleur. A petit feu, le contraire a lieu, la fibrine et les autres éléments de la viande se dissolvant en grande quantité. Le bouillon est, par la même raison, toujours mauvais, malgré l'excellente qualité de la viande, lorsque celle-ci n'est pas versée primitivement dans le pôt, que l'eau est déjà chaude quand on la met, etc. Aussi, a-t-on adopté de rigueur dans tous les hôpitaux, de mettre la viande et l'eau primitivement dans les marmites avant de les exposer à l'action de la chaleur. Les cuisiniers savent par là comment il faut procéder, quand on veut obtenir de l'excellent bouilli ou du bouillon substantiel. Nous avons au reste goûté le bouillon de la même viande, fait dans les grandes et les petites marmites; le second était incomparablement supérieur, malgré que la proportion relative d'eau et d'assaisonnements fût la même.

En parcourant les salles occupées par les habitants de la Salpêtrière, on est frappé de l'absence d'un local propre aux repas réguliers, condition essentielle d'ordre, de propreté, de salubrité et de confortable; nous disons de *confortable*, car, en hiver surtout, ces pauvres femmes ne peuvent recevoir que des aliments froids, plus ou moins glacés. C'est ce qu'ont senti parfaitement et exprimé les membres de la commission administrative dans le rapport que nous avons cité. « On n'a pu jusqu'ici, faute de locaux, établir à Bicêtre que deux réfectoires et un atelier. A la Salpêtrière il n'existe encore, pour les indigents, ni ateliers, ni réfectoires, ni chauffoirs, et les pauvres femmes travaillent, prennent leurs repas et séjournent constamment dans les salles où elles couchent (p. 36). » — Ce défaut est d'autant plus grave, que les femmes les plus âgées ne sortent que difficilement de leurs dortoirs; elles s'y cramponnent, pour ainsi dire, végètent volontiers sur le même lieu, et éprouvent même de la répugnance à ce qu'on ouvre les fenêtres, qu'on renouvelle l'air, en hiver comme en été. C'est que la vie est dans le mouvement, et celui-ci s'épuise à mesure que celle-là s'éteint.

Cette circonstance, jointe à l'accumulation excessive des lits rend, dans la nuit, à peine suffisante la quantité d'air que chaque individu respire. Ajoutons que d'après les recherches de MM. Andral et Gavarret, les femmes âgées brûlent dans un temps donné plus de carbone par la respiration, que les jeunes femmes, ce qui contribue à rendre l'air plus impur. Une femme dont les règles ont cessé, se trouve, à ce que disent les hygiénistes, dans les mêmes conditions qu'un homme adulte, sous le rapport en question. Or, la quantité de carbone, qu'un homme brûle par la respiration, est de 11 grammes, 5 par heure; tandis que chez la femme menstruée, cette quantité s'élève à peine, dit-on, à 6 grammes, 4. Il résulte de là, que dans un temps donné, la femme âgée a besoin du double d'air que la jeune femme, et qu'elle rend aussi le double d'acide carbonique que cette dernière. L'homme adulte, et par conséquent aussi la vieille femme, fournit par la respiration, 532 litres de gaz acide carbonique à 16° par 24 heures (soit 22 litres à l'heure), tandis que la jeune femme menstruée n'en rend que 280 litres dans le même espace de temps (soit 12 litres à l'heure). Il résulte de là que l'aération doit être plus abondante dans les dortoirs des hospices des vieilles femmes (Dr Poumet, Mémoire sur la ventilation dans les hôpitaux. Paris 1844). Or, les conditions d'aération ne sont que fort restreintes dans les dortoirs actuels de la Salpêtrière; il suffit d'un simple coup-d'œil pour s'en convaincre, les lits y étant accumulés, et les salles n'étant que peu spacieuses. Quand on pense 1° que le minimum d'air qu'il faut pour une vieille femme, par vingt-quatre heures, est de 24 mètres cubes; 2° qu'elle exhale par les poumons dans le même espace de temps 532 litres acide carbonique, contenant 715 grammes d'oxigène; 3° que chaque inspiration fait subir à l'air une perte de 1/7 d'oxigène; 4° que la quantité de la matière exhalée par la transpiration cutanée ajoute un poids assez considérable à ces conditions, puisque Sanctorius évaluait à 2,500 grammes (cinq livres) le produit de la transpiration, et qu'on peut aujourd'hui le réduire à 1,747 grammes (trois livres et demi), par la raison que le chiffre de

Sanctorius comprenait en même temps la transpiration pulmonaire qu'on évalue à 754 grammes (une livre et demie), par 24 heures; 5° enfin que la limite de la proportion maximum d'acide carbonique dans l'air, pour n'être pas nuisible, n'est, d'après les expériences récentes d'un jeune chimiste, M. Leblanc, que de 3 à 5 millièmes, on peut être sûr que dans les dortoirs de la Salpêtrière il doit régner, pendant la nuit, des conditions très-grandes d'insalubrité.

« Quant on dit qu'il faut 24 m. c. d'air, il est bien entendu qu'il sera très-pur, et ne passera qu'une fois par les poumons, c'est-à-dire que l'air expiré ne sera pas mêlé avec celui à inspirer. On voit de suite combien un pareil mélange deviendrait insuffisant, même nuisible, s'il était respiré à plusieurs reprises, puisqu'à chaque fois, d'une part, il se charge d'acide carbonique, et qu'en même temps il perd le septième de son oxygène, et qu'un air qui ne renferme plus que 14 p. °|o de ce gaz (ce qui lui arriverait s'il était respiré 2 fois 1|2 ou 3 fois) ne peut plus entretenir la vie des animaux à sang rouge » (Poumet, Ouv. c.). Aussi, les hygiénistes comptent-ils 30 mètres cubes d'air au minimum par lit dans l'organisation d'un dortoir bien sain. Or, à la Salpêtrière, on ne trouve peut-être pas le quart de ce chiffre dans certaines salles. Dans cette appréciation, nous n'avons pas tenu compte de la consommation de l'air par les becs à éclairage, parce qu'ils ne sont pas considérables dans ce local.— Dans les hôpitaux de Paris, l'éclairage de nuit se fait à l'huile, excepté à l'hôpital Saint-Louis qui est éclairé à gaz. Les becs de cet hôpital sont réellement trop forts, leur lumière est trop éclatante, incommode, empêche même certains malade de dormir, sans compter qu'ils absorbent énormément d'air. On sait que chaque lumière agit exactement comme un poumon qui respire; elle s'approprie l'oxygène, brûle son carbone et rend de l'acide carbonique et de l'eau. Chaque bec ordinaire à l'huile brûle par heure, terme moyen, 10 grammes d'huile, soit 120 grammes (4 onces) par nuit de douze heures. Or, 120 grammes d'huile ont besoin, pour brûler, de 1 mètre c. 272 litres d'air à 16° (106 litres par heure). Chaque bec à gaz de l'hôpital Saint-Louis dépense par heure 102 litres de gaz, ou 3 pieds cubes, qui, pour brûler, consomment 1 mètre c., 563 litres d'air atmosphérique. Par une nuit de 12 heures, chaque bec dépense donc 1 mètre c., 224 litres de gaz, auxquels il faut, pour brûler, 18 mètres c., 756 litres d'air, c'est-à-dire plus qu'à un homme adulte dans le même espace de temps. L'acide carbonique, qu'un bec à l'huile fournit par nuit de 12 heures, est évalué à 182 litres à 16° (15 litres à l'heure); tandis que chaque bec à gaz en donne 204 litres à l'heure, et 165 grammes (5 onces) d'eau. Ainsi, il résulterait de ces observations consignées dans le Mém. de M. Poumet, qu'un bec à l'huile verse 15 litres d'acide carbonique à l'heure, tandis qu'un bec à gaz de Saint-Louis en verse 204 litres à l'heure; la différence est énorme comme on le voit. Il s'en suit donc que l'éclairage à gaz détériore beaucoup plus l'air des salles que celui à l'huile. On pourrait au reste se contenter à Saint-Louis des demi bec au lieu des becs entiers.— Il nous resterait maintenant à envisager la Salpêtrière au point de vue des maladies de la vieillesse, qu'on n'apprend à étudier sur une grande échelle que dans ce local et à Bicêtre.

Apoplexie alcoolique. — Un fait très important, au point de vue médico-légal, c'est que chez les sujets qui succombent à l'intoxication alcoolique, la pulpe cérébrale, et plus particulièrement le liquide contenu dans les ventricules latéraux du cerveau, présentent une forte odeur d'alcool, surtout si l'autopsie n'est pas faite tardivement.

CLINIQUES CHIRURGICALES.

QUESTIONS SPÉCIALES.

Le prolapsus utérin et les pessaires ont fourni, dans ces derniers temps, matière à discussion dans les académies et dans les hôpitaux. Cette question se rattache à une lésion si fréquente, si fâcheuse, que les chirurgiens ne sauraient trop faire pour l'éclaircir. Il nous a donc semblé important de résumer, dans cet article, les faits nouveaux soumis dans ces derniers temps aux hommes de l'art. Une question fondamentale se présente tout d'abord, elle concerne la nature de l'infirmité elle-même contre laquelle l'usage des pessaires est réclamé. On doit rejeter complétement de nos jours la doctrine des anciens qui regardaient l'hystéroptose comme l'effet d'un relâchement des ligaments utérins. On sait effectivement que le soutien principal de l'utérus, c'est le vagin. Ce canal constitue à l'état normal une sorte de colonne charnue, solide, par le rapprochement de ses parois, par les plis multiples de sa muqueuse, par les tissus fibro-celluleux qui l'entourent, par le plancher fibro-musculaire du périnée qui lui sert de base. Les ligaments larges contribuent également sans doute pour leur part à cette fixation; mais ce sont là plutôt des espèces de ponts destinés à la conductibilité des vaisseaux et des nerfs, que de véritables soutiens, et la preuve, c'est que du moment où le vagin perd sa condition d'érectilité, c'est-à-dire qu'il se relâche, qu'il cesse de soutenir la matrice, celle-ci descend, les ligaments se laissent distendre, et leurs vaisseaux s'aplatissent en s'allongeant à leur tour. Par suite de cette descente, l'utérus s'engorge, devient pesant, leucorrhéique et plus ou moins douloureux, soit parce que sa circulation veineuse ne s'accomplit qu'imparfaitement à travers les ligaments larges, soit encore (ce qui semble plus rationnel) parce que l'organe a perdu ses rapports anatomiques naturels. Il se passe ici évidemment les mêmes phénomènes qu'on observe sur un œil prolapsé, luxé et abandonné sur la joue : il se congestionne et s'hypertrophie; le même fait est rencontré dans les os, et même sur les organes parenchymateux, qui ont perdu les téguments et les autres tissus qui les couvraient et les comprimaient. Il résulte de là que l'état congestif dans lequel on rencontre l'utérus prolapsé est un effet plutôt qu'une cause du déplacement, ce qui n'empêche d'ailleurs pas la préexistence de la congestion quelquefois; mais, nous le répétons, ce n'est pas là la cause de l'hystéroptose, et la preuve, c'est que la grossesse, les corps fibreux, la rétention menstruelle, l'hydrométrie, les métrites chroniques, font au contraire remonter la matrice. L'on n'ignore pas d'ailleurs que la réduction fait disparaître l'engorgement en question.

Les études les mieux approfondies sur cette question étiologique conduisent à cette conséquence : que la source, la condition fondamentale du prolapsus utérin est dans le ramollissement, dans l'élargissement, dans le relâchement du vagin, qui dès lors se laisse affaisser par la matrice, sous

l'impulsion de la gravité naturelle des viscères supérieurs, et des contractions brusques des muscles abdominaux et diaphragmatique. Ce qui confirme d'un premier coup d'œil cette doctrine, c'est que le déplacement ne se rencontre ordinairement que chez les femmes d'âge mûr, qui ont fait des enfants, dont le vagin par conséquent a subi des dilatations répétées, et principalement chez celles qui ont été longtemps sujettes à des métro-vaginites, source de leucorrhée et par conséquent de ramollissement, de relâchement de la muqueuse. Ne voit-on pas le même prolapsus inhérent à des phlogoses sourdes au rectum, chez des sujets hémorrhoïdaires, chez les enfants dont les viscères pelviens sont irrités, enflammés chroniquement par des diarrhées, par la pierre vésicale, etc. La muqueuse se boursouffle, se ramollit, se laisse entraîner; et si les tissus musculo-séreux de l'intestin participent à ce travail, ils se laissent déplacer à leur tour avec la muqueuse elle-même : de là des invaginations, etc. On comprend déjà pourquoi l'hystéroptose est excessivement rare chez les jeunes filles, chez les demoiselles qui, quoique âgées, n'ont pas eu de rapports sexuels; et peu fréquente chez la femme qui n'a point fait d'enfants ni eu de vaginites répétées. Il résulte de ce qui précède que la médication véritable de l'infirmité doit avoir pour indication fondamentale le rétablissement de l'intégrité de la force de sustentation du vagin; mais comment redonner à ce canal déjà déplissé, élargi, distendu, ramolli, sa consistence primitive? C'est là toute la question. Aussi la guérison radicale en est-elle si difficile lorsque le prolapsus est complet. Or, que peuvent les pessaires contre un pareil état de choses? Rien absolument. Il y a plus, ils sont presque constamment nuisibles, par la raison que leur présence entretient ou augmente la condition pathologique du prolapsus, l'irritation du vagin, les fleurs blanches, le ramollissement du canal vulvo-utérin. Autant nous étions autrefois partisan des pessaires, autant nous le proscrivons aujourd'hui, l'expérience et les nouvelles études dynamiques nous ayant mieux éclairé à cet égard. Il ne s'en suit pas qu'on ne doive pas traiter la descente utérine; au contraire; mais, nous le répétons, la question est de savoir quelle est la meilleure méthode à cet égard.

On a dernièrement beaucoup discuté à l'Académie de médecine sur la bonté des pessaires, à l'occasion d'un appareil de M. Bergeron, orthopédiste, et destiné à remplacer cet instrument. Cet appareil n'est autre qu'un véritable pessaire fongiforme, dont la tige est métallique, courbe, et fixée à un brayer ordinaire. Le brayer est autour du bassin, la tige, qui représente une sorte de ruban métallique, part de derrière, du sacrum, vient en avant, en passant par le périnée et soutient par son élasticité la cuvette introduite dans le vagin. Nous avions fait faire nous-même, il y a une dixaine d'années, des pessaires construits *exactement* de la même manière, et nous avons dû y renoncer, par la raison que leur usage est extrêmement gênant, salissant, irritant, peu en harmonie avec les besoins fonctionnels. Peu de femmes le tolèrent. La discussion de l'Académie n'a abouti malheureusement qu'à sanctionner une erreur. M. Roux est le seul, à notre avis, qui ait bien vu dans cette discussion; il a rejeté indistinctement les pessaires pour ne recommander que l'usage d'une éponge, dont les effets offrent beaucoup moins d'inconvénients que les instruments précédents, ainsi que nous le verrons.

Il s'est passé dans une autre société savante (société médicale de Bordeaux), une discussion plus sérieuse sur le prolapsus utérin, à l'occasion d'un fait présenté par M. Chaumet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de cette ville. Il s'agit d'une femme âgée de 34 ans, qui, pour guérir d'une chute complète de la matrice, a subi à la fois, et en une seule séance, la résection du col de cet organe, dans l'étendue de 40 millim. dans le but, dit l'auteur, de diminuer le poids de l'utérus, et l'excision longitudinale d'une partie du vagin, suivie de suture, dans l'intention de retrécir ce canal. Après des pansements longs et délicats, et un séjour de cinq mois à l'hôpital, cette femme a fini par guérir; ses règles sont revenues, le vagin est resté rétréci et la matrice haute. Une commission composée de MM. Brulatour, Dubreuil et Barnetch, a constaté la guérison et donné son approbation à la pratique précédente. M. le docteur Costes, M. Burguet, membres de cette société, ont approuvé à leur tour l'opération. L'opinion professée dans cette discussion a été celle-ci : « que les prolapsus utérins sont dus à une seule cause, savoir l'hypertrophie, l'engorgement de cet organe» (Journ. de Méd. de Bordeaux).

Il est évident que c'est cette dernière opinion qui a déterminé l'auteur à pratiquer l'amputation du col, il le dit formellement. Cependant on peut prouver que cette doctrine n'est pas exacte, ainsi qu'on vient de le voir. On rencontre tous les jours en effet l'hypertrophie utérine, sans prolapsus; au contraire même, l'utérus remonte si le vagin est sain; nous citions pour exemple, la grossesse, les tumeurs fibreuses, les métrites chroniques dont on voit chaque jour une foule de cas dans nos hôpitaux; et l'on a dû remarquer aussi que dans le prolapsus l'hypertrophie n'est qu'une coïncidence ou un effet du déplacement, qui disparaît par le taxis, le repos et un traitement dynamique approprié. Nous n'aurions pas contesté la bonté de l'opération ci-dessus si elle était sans danger, si elle n'était pas mal basée en principe, et si la guérison obtenue ne pouvait s'expliquer autrement que par l'opération elle-même, savoir par le séjour prolongé de la malade au lit, par la diète et par les autres moyens antiphlogistiques auxquels elle a dû être soumise. La preuve de ce que nous avançons, c'est qu'il existe des guérisons de cas absolument pareils sans opération, nous en comptons nous-même trois ou quatre parfaitement constatées depuis dix ans au moins, et il n'est presque pas de prolapsus utérin qui ne guérisse après la réduction par quelques mois de séjour au lit, par l'usage des bains froids ou tièdes, des injections, des cautérisations du vagin et du col, et par tous les autres moyens, en un mot, capables de combattre la phlogose sourde qui engendre les fleurs blanches, et de ramener la muqueuse vaginale à sa consistance normale. Les canaux muqueux, en effet, se resserrent aisément, comme on sait, dès qu'ils sont sains et dans le repos.

Les principes qui précèdent sont aujourd'hui professés par plusieurs chirurgiens éminents en France, nous venons de citer M. Roux, et nous voyons avec plaisir que l'un des accoucheurs les plus occupés de Londres, M. Rigby, médecin de la Maternité de cette ville (géneral Lying-in hospital), enseigne précisément les mêmes préceptes dans une suite d'articles qu'il vient de publier dans le *Médical Times*.

« Le traitement du prolapsus partiel consiste, dit-il, à diminuer autant que possible la disposition de l'utérus à descendre, et à augmenter la contraction tonique du vagin, afin que celui-ci soit en état de supporter le poids de l'organe. La première indication consiste à tenir la femme dans le repos en position horizontale, à lui faire prendre

des purgatifs pour provoquer l'action des intestins et diminuer leur volume et leur poids qui pèse sur l'utérus, à appliquer un bandage à la partie inférieure de l'abdomen. La seconde indication doit avoir pour but de régulariser et fortifier les fonctions et l'organisme en général au moyen de bains froids, de lotions froides, de bains de siége et d'injections astringentes.— Dans le prolapsus complet, le traitement sera le même après la réduction, bien entendu. Cette réduction doit être effectuée, alors même que la surface de l'organe serait excoriée, la cicatrisation s'effectuant plus promptement après réduction. On aura recours à l'usage d'un pessaire, mais je dois dire que je ne suis favorable à aucun des instruments de ce genre proposés jusqu'ici, par la raison qu'ils entretiennent tous la cause du prolapsus, la dilatation et le relâchement du vagin. Dans les cas moyens, ces instruments ne sont jamais nécessaires; dans les cas graves, le seul soutient qu'on peut employer sans inconvénient c'est un petit cylindre en éponge qu'on soutient à l'aide d'un bandage en T ordinaire. Mon expérience est parfaitement d'accord à ce sujet avec celle de M. Locock et d'Osiander. La meilleure manière de préparer ce cylindre, consiste à appliquer fortement un morceau d'éponge à l'extrémité d'un petit bâtonnet conique, à la ficeler par quelques tours en spirale ; puis on la trempe dans un liquide astringent et on l'introduit, la femme étant dans la position horizontale. Ce cylindre doit être plutôt petit pour entrer facilement jusqu'au fond; puis on retire doucement le bâtonnet et l'on laisse l'éponge en place; le bâtonnet doit empêcher celle-ci de se plier sur elle-même en entrant. On la change deux fois par jour comme mesure de propreté. A mesure que le vagin se resserre, on doit diminuer le volume du cylindre. On finit plus tard par l'abandonner. Le bandage en T doit être serré afin de soutenir le périnée et empêcher l'éponge de descendre, cette condition est importante. »

Une petite éponge cylindrique et fine, imbibée d'un médicament, surtout si on l'introduit une fois par jour à l'aide du spéculum, doit être plutôt considérée comme un moyen conducteur des médicaments, que comme un pessaire. Les liquides dont on l'imbibe sont l'eau salée, nitrée, citronnée, ferrée, saturninée, etc. On la remplace quelquefois par des tampons de charpie enduits de pommades diverses, ou par des mèches médicamenteuses portées dans le col, et roulées dans le haut du vagin. Il est de rigueur que la femme reste couchée pendant quelques temps. On en cesse l'usage dès que l'écoulement n'est plus abondant ni fétide et l'on y substitue des douches intra-vaginales prolongées, d'eau froide, salée, la femme restant toujours étendue. Le bien qu'on retire de ces moyens est très marqué. Rien n'empêche au besoin de cautériser le col utérin au fer rouge, au nitrate acide de mercure, selon la nature du liquide que le spéculum dévoile à l'ouverture du museau de tanche. On voit déjà que les idées actuelles conduisent à un traitement dynamique plutôt que mécanique dans cette maladie.— Disons enfin que, comme secours accessoire, on prescrit beaucoup de nos jours, tant à Paris qu'à Londres, la ceinture hypogastrique de Dupuytren, sorte de plaque elliptique qu'on applique à la partie inférieure du ventre après le traitement précédent, comme moyen compressif ou suspenseur des viscères abdominaux, dans le but de les empêcher de graviter trop fortement vers l'excavation pelvienne. Les femmes se trouvent généralement très bien de ce moyen.

L'entérotomie iliaque ou lombaire, dans le cas d'oblitération du rectum chez l'enfant nouveau-né, vient de fournir à M. le docteur Baudelocque l'occasion de quelques recherches pratiques intéressantes. Nous donnons l'article suivant que ce praticien nous a adressé sur cette importante question.— « C'est pour n'avoir pas connu la position qu'affecte le colon descendant, dans le cas d'absence du rectum, chez l'enfant nouveau-né, que Littre a proposé d'inciser la région iliaque gauche et le colon descendant, et que Callisen a proposé d'inciser la partie lombaire gauche, et ce même intestin ; et si beaucoup de chirurgiens ont fait l'une ou l'autre de ces opérations, c'est qu'ils ignoraient, également, comment se termine précisément le colon descendant, quelle est sa position relativement au détroit supérieur du bassin, et aussi quel est le degré d'extensibilité du mésentère. J'ignorais moi-même toutes ces dispositions, quand j'ai pratiqué l'entérotomie lombaire sur un enfant nouveau-né. Voici l'histoire de cette opération, et ce que j'ai observé à l'ouverture du cadavre.

« Le 12 août 1844, Mme Albertier, sage-femme, m'apporta à 6 heures du soir, un enfant du sexe féminin, né à terme, depuis 47 heures. Cet enfant n'avait pas rendu le méconium, il criait sans cesse, avait le ventre tendu, et il avait déjà vomi des matières verdâtres. En introduisant le petit doigt dans l'ouverture de l'anus, je reconnus que le rectum était oblitéré; il était rétréci en bas et se terminait en un cul de sac, à trois centimètres environ (un pouce) au-dessus de l'anus. Avec une sonde à dard, je fis la ponction de la membrane obturattrice, ainsi que je l'avais déjà pratiquée dans une autre circonstance, mais le méconium ne sortit point. Alors, je plongeai toute la longueur du petit doigt dans l'anus, et lui fis exécuter des mouvements latéraux, pour trouver le colon descendant; je sentis au niveau du détroit supérieur, quelque chose de mou qui fuyait sous le doigt; c'était probablement une anse intestinale, mais la chose était douteuse. En conséquence, je crus devoir inciser la région lombaire gauche, suivant le procédé de Callisen, modifié par M. Amussat.

« L'opération était d'autant plus urgente, que l'enfant, comme je l'ai dit, commençait à vomir le méconium ; et malgré l'embarras que j'éprouvais de n'avoir pour aide qu'une sage-femme, je n'eus qu'à m'applaudir de la décision que j'ai prise, car le résultat immédiat a été satisfaisant. Voici comment j'y ai procédé. — L'enfant ayant été couché sur son côté droit, et sur le bord d'une table garnie de serviettes, je fis à la peau de la région lombaire gauche, un pli longitudinal, dont je confiai l'une des extrémités à la personne qui m'aidait; je tins l'autre avec les premiers doigts de la main gauche, puis prenant un bistouri convexe, je fis à la peau, et d'un seul trait, une incision transversale de trois centimètres environ de longueur, précisément dans le milieu de l'espace qui s'étend entre les fausses côtes et l'os coxal. Je disséquai, avec précaution, quelques fibres musculaires, et bientôt j'aperçus le colon descendant dont la tension faisait saillie sous la peau, il était gorgé de méconium, matière qui donnait aux parois intestinales une couleur tirant sur le vert. J'ouvris cet intestin transversalement, aussitôt le méconium et des vents sortirent en grande quantité. Je pris ensuite le bout supérieur du colon avec

une aiguille que je tins de la main gauche, et de la droite j'enfonçai une aiguille dans ses parois et dans la peau. Je fis trois points de suture, savoir, deux en bas et un en haut, et je mis un linge sur la plaie pour recevoir les matières. Je laissai le bout inférieur du colon flotter dans l'abdomen, parce qu'il me parut s'être vidé du méconium comme le bout supérieur.

« Le lendemain, l'enfant était assez bien ; je trouvai les lèvres de la plaie environnées d'un érysipèle qui s'étendait déjà sur diverses parties du corps ; je l'ai attaqué par un petit vésicatoire entre les épaules. Du deuxième au troisième jour, le ventre se tendit, devint sensible, il y eut des vomissements, des coliques avec déjections verdâtres, qui firent pousser à l'enfant des cris perçants. Voyant qu'une entéro-péritonite commençait, j'ai prescrit immédiatement l'application de six sangsues, savoir, deux aux environs de la plaie et les quatre autres sur la région épigastrique, avec recommandation de surveiller l'écoulement du sang. Le soir du troisième jour, tension du ventre, qui me parut être aussi douloureux qu'il l'était le matin, vomissements continuels, contraction des traits du visage, exprimant la souffrance, faiblesse générale. J'enveloppai l'enfant dans une carde de coton pour le réchauffer. — Le 4e jour, à 5 heures du matin, souplesse du ventre, état sudoral, cris qui expriment la faim. Il prend le sein avec avidité ; ses cris cessent. La chaleur continua, ses déjections devinrent de bonne nature et se régularisèrent.— Huit jours après l'opération, l'enfant avait pris de l'embonpoint : la membrane muqueuse du colon offre une couleur à peu près normale; elle est renversée; l'état de la plaie est satisfaisant. J'ai pu suivre, pendant quinze jours encore, le petit patient, qui a continué à bien aller; au bout de ce temps, les parents l'ont confié à une nourrice de la campagne. L'enfant a continué à se bien porter. Un bouchon de cire a été placé, par M. Amussat, dans l'anus artificiel ; la nourrice ôtait le bouchon toutes les fois que l'enfant avait à rendre ses matières, et le remettait ensuite.

« Deux mois et demi après, je le fis revenir de la campagne, pour le présenter à l'Académie des sciences. Un des membres de cette académie, M. Roux, après avoir examiné l'anus artificiel, me fit observer que j'avais fait l'entérotomie un peu trop en avant, relativement à l'abdomen, et que j'aurais dû, au contraire, la faire plus en arrière. Je consigne ici cette remarque, parce que l'ouverture du cadavre a prouvé sa justesse. L'enfant était alors aussi fort que pourrait l'être tout autre enfant de son âge, mais les parents, tourmentés par la pensée d'avoir à leur charge un enfant porteur d'une aussi dégoûtante infirmité, insistèrent auprès de moi, pour que je fisse une autre opération, dans le but de faire sortir les matières par l'anus naturel; je cédai malgré moi à leurs sollicitations, et je pratiquai l'opération suivante. J'ai voulu d'abord m'assurer de la position de la fin du colon. J'ai pour cela passé des bougies en cire dans le bout inférieur de cet intestin, jusqu'à l'étendue de 20 centimètres, et quand je les ai retirées, elles avaient la forme d'une S, et étaient légèrement enduites de méconium jaune. Ces introductions eurent pour effet de déterminer des cris violents, qui firent sortir du ventre des intestins grêles, preuve incontestable d'une lésion du péritoine que je n'avais pas reconnue pendant le cours de l'opération. Il en est résulté en peu d'heures une péritonite à laquelle l'enfant a succombé promptement.

« *Ouverture du cadavre.* — Le colon descendant est coupé transversalement et complètement, avec adhérence du bout supérieur aux téguments, dans sa moitié externe seulement. La moitié interne de ce bout de l'intestin est libre; sur ce point le péritoine est ouvert (c'est par là que les intestins grêles sortaient pendant l'introduction des bougies). Le bout inférieur du colon est libre et flottant dans l'abdomen, il contient, vers son cul-de-sac, du méconium jaune et endurci, sa longueur est de 20 centimètres, il se termine par un cul-de-sac très large qui se trouve *au niveau et un peu à droite de l'angle sacro-vertébral;* il est fixé dans cette position par le mésentère, qui lui fait décrire des circonvolutions. — 2° Le péritoine est légèrement rouge dans la région de l'abdomen ; 3° le cul-de-sac du rectum qui a été traversé par la sonde à dard, est formé, en haut, par du tissu cellulaire épais, en bas, par une membrane, visible seulement à la marge de l'anus, et présentant dans cet endroit des éminences et des enfoncements.

— *Extensibilité du mésentère* : — En attirant le cul-de-sac du colon vers l'anus naturel, on voit que ce cul-de-sac dépasse très facilement de six centimètres l'ouverture de l'anus, sans distendre trop le mésentère : donc, la suture du colon, à l'ouverture de l'anus, serait très possible dans le cas de ce genre.

« Ce fait prouve que la lésion du péritoine n'est pas aussi dangereuse qu'on le pense communément, quand on traite avec énergie une blessure de cette membrane ; du reste, si j'avais incisé longitudinalement la région lombaire, comme l'a prescrit Callisen, cette lésion n'aurait pas eu lieu. Je crois donc que le procédé de Callisen est préférable à l'incision transversale, qui a été conseillée par M. Amussat. Voici comment je pense qu'il serait convenable d'opérer dans les cas de ce genre. L'absence du rectum étant constatée, il faudrait commencer par paralyser l'action des sphincters, par l'introduction dans l'anus d'un peu de pommade de belladone ; puis passer un spéculum *ani*, long de deux pouces et demi, et l'introduire jusqu'à l'angle sacro-vertébral, où l'on verrait le cul-de-sac, du colon descendant, saisir ce cul de-sac avec un ténaculum, et l'amener successivement vers l'anus, où on le fixerait à l'aide d'une suture convenable. Si ce procédé ne pouvait être exécuté, on ouvrirait immédiatement la ligne blanche, comme dans l'opération césarienne; le cul-de-sac du colon paraîtrait alors à la plaie, on le traverserait avec une aiguille munie d'un fil plat, dont on passerait les extrémités dans les yeux d'une sonde de femme, puis on amènerait la sonde tenant le cul-de-sac du colon, vers l'anus naturel, où on le suturerait, et l'on pratiquerait la réunion immédiate de la plaie du ventre ; telle serait, je crois, la conduite qu'il faudrait tenir en pareil cas, si toutefois des tractions faites, comme je l'ai dit, sur le cul-de-sac du colon, à travers un spéculum introduit dans l'anus, ne suffisaient pas. Quant à l'entérotomie lombaire appliquée chez l'adulte, dans les cas d'obstruction du rectum, cette opération conserve à mes yeux toute sa valeur ; c'est une ressource précieuse pour prolonger l'existence ; l'art doit la sanctionner, selon moi, dans l'état actuel de la thérapeutique. » « Baudelocque. D. M. P. »

Le fait précédent doit être considéré comme un succès heureux, malgré que le petit patient ait plus tard succombé à une tentative inconsidérée. Il mérite donc à un double titre l'attention des praticiens.

Hôpital de la Charité (M. VELPEAU).

HYDRARTHROSE AU GENOU. INJECTION IODÉE.— Un jeune homme âgé de 16 à 17 ans, de constitution grêle, de haute taille, a été reçu à l'hôpital, pour être traité d'une double maladie au membre abdominal gauche. Il porte au pied un ulcère sordide entretenu par une affection des os du tarse (probablement le cuboïde), et au genou une hydrarthrose indolore, peu volumineuse. Les deux maladies datent de cinq ans, au dire du patient, et seraient survenues, la première, à la suite d'un coup qu'il aurait reçu au pied par la chute d'une bûche sur cette partie, l'autre s'est déclarée spontanément peu de temps après. L'exploration de l'ulcère, à l'aide du stylet, a fait reconnaître la présence d'une nécrose. Déjà quelques esquilles sont sorties spontanément de cette partie. La tumeur du genou offre une fluctuation manifeste, surtout quand, avec la paume de la main, on fait refluer le liquide en haut; il proémine alors en dedans et en dehors de la rotule, soulève cet os et forme deux bosses du volume du poing d'un homme adulte. Cette hydrarthrose existe, nous le répétons, depuis cinq ans, n'augmente ni ne diminue au dire du malade, est indolore à la pression, sans changement de couleur à la peau, et elle a été traitée inutilement en province, à l'aide de topiques que le patient ne sait suffisamment faire connaître. M. Velpeau a pensé que ce cas d'hydropisie rentrait dans la catégorie de ceux qu'il traite à l'aide de l'injection iodée. En conséquence, il y a procédé aujourd'hui, 17 sept. M. Rayer assistait à cette opération. Voici comment il s'y est pris. On a préparé le liquide dans une seringe en ivoire; ce liquide a été composé d'une partie de teinture iodée et de deux parties d'eau distillée; ce dosage se fait d'après le volume, non d'après le poids des liquides. La quantité de teinture mise dans le mélange s'élevait à 30 grammes (une once). Le malade étant couché, un aide a appliqué la paume d'une main à la partie inférieure du genou, de telle sorte que le croissant formé par l'indicateur et le pouce étendus, comprimât le liquide et le fit refluer fortement de bas en haut. Le chirurgien a plongé un trois-quarts fin au côté externe et supérieur de la rotule, là où l'une des bosses était saillante et fluctuante; il en a retiré un liquide jaune et diaphane, un peu filant, évidemment formé par de la synovie (quantité, un gros verre à table). Il a injecté aussitôt le liquide iodé par la même canule et il l'a laissé en totalité dans l'articulation. La quantité injectée a été à peu près les deux tiers, ce qui contient environ vingt grammes de teinture. La tumeur a été ramenée par l'injection au même point à peu près de gonflement qu'avant la ponction. Il paraît, au reste, que la teinture coagule quelques restes du liquide albumineux qu'il rencontre dans l'articulation, car la canule du trois-quarts s'est trouvée aussitôt bouchée par quelques flocons, et le liquide injecté ne sortait pas; on a voulu la déboucher avec un stylet, mais le liquide ne sortait pas davantage. On aurait pu, si on avait voulu l'extraire, employer le pompement à l'aide d'une seringue; mais M. Velpeau a voulu au contraire la laisser en totalité dans l'articulation, l'expérience lui ayant appris que cette condition est nécessaire à la guérison et n'entraîne aucun danger. Le patient a témoigné une vive douleur par le fait de l'injection. Cette douleur se continue, devient même plus intense par la suite; mais on surveille les phénomènes réactionnels, et on les apaise au besoin. — M. Velpeau compte déjà une douzaine de cas de guérisons par ce traitement, et sans ankylose. On a dû analyser le liquide synovial extrait du genou de ce jeune homme, et les urines qu'il rendra, afin de s'assurer de l'absorption de l'iode. Nou complèterons cette importante observation.

— On pourrait craindre *a priori* les effets de l'absorption de l'iode laissé ainsi en permanence dans une grande cavité comme celle du genou. Cependant, outre qu'il s'agit ici d'une question de fait, il n'est pas difficile de s'expliquer l'absence absolue de phénomènes toxiques. D'abord l'iode est combiné dans la teinture avec son contre-poison dynamique, l'alcool, ce qui lui enlève déjà une partie de son action vénéneuse. Ensuite, la proportion du métalloïde n'est que fort minime, car la teinture du Codex se compose de : 1 gramme d'iode pour 216 grammes d'alcool étendu, ce qui donne une proportion de 12 centig. environ (2 grains 1/2) par 30 gm. (1 once) de teinture. Or, notez bien que quand on mêle une partie de teinture avec deux parties d'eau distillée, les 17/18e d'iode sont mis en liberté et se précipitent dans la seringue (Mialhe, Traité de l'art de formuler, p. 47). Il y a plus : une synoviale articulaire hydropique est chroniquement enflammée, elle n'absorbe qu'à peine ou presque pas, jusqu'à l'époque où sa condition phlogistique est dissipée: tandis que d'un autre côté la teinture restée en contact avec la séreuse se décompose elle-même et se combine avec l'albumine. Dès lors, on comprend que l'absorption du métalloïde ne peut être que faible, lente et nullement réductible dans ces conditions. On peut, au reste, rapprocher utilement cet article d'un autre ci-après sur l'hydrarthrose traitée d'une autre manière à l'hôpital de la Pitié.

CANCER.— Un homme portait un bouton cancéreux, du volume d'une noisette, au bord libre de la lèvre inférieure. M. Velpeau l'a excisé en croissant, à l'aide de forts ciseaux courbés; puis il a fait comprimer les deux bouts de l'artère coronaire par les doigts d'un aide placé derrière la tête du patient, et il a réuni le bord de la muqueuse de la plaie avec le bord de la peau de la même plaie; de telle sorte que le bord sanglant s'est trouvé couvert par la muqueuse buccale fixée ainsi à l'aide de trois points de suture. Pour bien obtenir la réunion immédiate de la muqueuse et du derme externe, il serait convenable d'attendre, pour pratiquer la suture, que l'écoulement du sang soit arrêté définitivement; un aide comprime les deux bords de la plaie entre ses doigts pendant 15 à 30 minutes, et un caillot assez résistant se forme dans les deux bouts de l'artère coronaire; le sang cesse de couler, et la suture peut alors se faire commodément.

FRACTURE COMMINUTIVE DE LA ROTULE. GUÉRISON PARFAITE. — Un homme, âgé de quarante ans passés, est tombé d'un premier étage dans une cour; il a perdu connaissance; on l'a relevé, et quand il en est revenu, il a voulu se mettre debout, et il n'a pu s'y maintenir, sa rotule du côté gauche était fracturée. Il a été reçu à l'hôpital. A l'examen, on a trouvé la rotule brisée en plusieurs sens; la fracture était étoilée et présentait huit fragments. Le déplacement de ces fragments était assez prononcé, et le genou par conséquent était fort déformé, comme écrasé. M. Velpeau a placé le membre dans un appareil dextriné de la manière suivante : il a fait relever le pied, rapprocher les fragments avec les mains, mis une gouttière en carton sous le jarret, des compresses longuettes autour des fragments et une ban-

de sèche roulée depuis le pied jusqu'à l'aine; puis une bande dextrinée par dessus tout cela, comprenant tout le membre : celui-ci a été alors couché sur un léger coussin formant un faible plan incliné du talon vers les fesses. La bande dextrinée s'étant promptement séchée, le membre est resté fixement étendu et toujours dans la position que nous venons d'indiquer. Cette position a été très bien supportée. Aujourd'hui, quarante-deuxième jour de son entrée, le malade a été mis dans un bain et le bandage a été enlevé. La consolidation de la fracture est parfaite, et, chose remarquable, la réunion est immédiate partout. En explorant attentivement avec les doigts les lignes de réunion, on sent des espèces de petites gouttières remplies d'un tissu osseux, véritables cals multiples et étoilés. Dans son ensemble cependant la rotule n'offre plus sa forme naturelle, elle est épâtée, évasée comme une brioche, à bords anguleux; ses dimensions en largeur soit latérale, soit verticale, se trouvent augmentées de deux centimètres environ; de sorte que cette rotule ressemble à une véritable plaque; mais ce qu'il y a d'heureux, c'est qu'elle est parfaitement mobile, ainsi que les autres os de l'articulation. Le malade peut se tenir debout et marcher parfaitement. Ce résultat est important, comme on le voit, et nous nous empressons de l'enregistrer.

— Dans un article général que nous avons donné sur les fractures de la rotule (t. 1, p. 171), nous sommes arrivé à cette conclusion : que la véritable source des résultats fâcheux qu'on observait quelquefois à la suite de ces fractures, même simples en origine, tenait uniquement à l'arthrite sourde qui s'en suivait, qui occasionnait de la douleur, épaississait, coarctait les tissus albuginés et rendait par là la démarche défectueuse. De là la conséquence de viser, dans le traitement, à prévenir, autant que possible, une pareille complication, ou à la combattre par des mesures appropriées. On a donné pour précepte d'ôter de bonne heure l'appareil (le 21e jour), et d'exercer l'articulation par des mouvements passifs; ce précepte ne serait bien basé qu'autant qu'il n'augmenterait pas la condition pathologique dont nous venons de parler. On vient de voir cependant que, dans le cas ci-dessus, l'appareil n'a été enlevé que le quarante-deuxième jour, et pourtant les choses se sont heureusement passées. On comprend aisément que ce n'est pas un repos de quelques semaines qui peut être la source de l'impuissance du membre, ni une réunion médiate de la fracture.

Opération autoplastique au prépuce. — Il y a juste un an aujourd'hui que nous avons rapporté avec de grands détails (voy. le numéro du 7 septembre 1844, p. 222) un cas des plus intéressants et par sa rareté, et par l'opération remarquable dont elle a été l'objet à la clinique de M. Velpeau, d'affection éléphantiaque du prépuce sur un jeune homme allemand. On se rappelle que cette enveloppe formait chez lui une masse pendante, du volume du poing d'un homme adulte, couvrant le gland complétement et occasionnant des rétentions urinaires. L'opération a consisté à enlever le tissu presque lipomateux du prépuce, à l'aide d'un procédé ingénieux que nous avons décrit, et de ménager la muqueuse de la face interne que l'opérateur a renversée comme une manchette de chemise et suturée contre le bord cutané. Par suite de ce renversement, le gland a été exhumé pour ainsi dire du fond de ces tissus morbides et le cours des urines est devenu libre; mais le prépuce restauré offrait encore, lorsque le patient quitta l'hôpital, un volume considérable et l'on pouvait craindre que le résulat restât incomplet, vu l'épaississement énorme que le nouveau prépuce présentait encore; et nous terminions notre récit en exprimant le vœu que ce patient pût être réexaminé plus tard pour savoir ce que tout cela deviendrait. Aujourd'hui ce même individu est rentré à l'hôpital pour un petit mal à la jambe, et l'on a vu avec satisfaction que les suites de l'opération ont été très heureuses. Le prépuce a perdu son volume et sa consistance anormales; il est devenu mou, mobile; le gland s'est développé, la verge, en un mot, s'offre dans des conditions fonctionnelles parfaites; seulement le méat urinaire est naturellement un peu étroit, mais l'urine s'échappe bien, et le patient, qui jusque-là n'avait pu rendre service à l'autre sexe, s'en acquitte avec honneur aujourd'hui, et il se rend par là utile à la société, grâce à la chirurgie autoplastique! Ces détails complètent l'observation et démontrent que l'opérateur avait bien fait de n'exciser plutôt moins que trop des tissus excédants, le dégorgement consécutif entraînant leur affaissement, la nature modelant le reste selon les besoins organiques.

Hôpital de la Pitié (M. Lisfranc.)

Hydrarthroses. — Un assez grand nombre de sujets atteints d'hydrarthrose au genou, sont en ce moment dans les salles de M. Lisfranc, les uns guéris, les autres en bonne voie de guérison, à l'aide de la médication antiphlogistique, suivie ou non de l'usage de vésicatoires à grandes dimensions. Que la tumeur soit ou non douloureuse, le chirurgien commence toujours par faire plusieurs applications abondantes de sangsues, non sur la tumeur elle-même, mais un peu au-dessus; des cataplasmes émollients pendant quelques jours; puis, au bout de huit jours, si le mal persiste encore, on a recours aux vésicatoires volants. Ce moyen cependant n'est appliqué qu'après que l'affection est devenue tout à fait indolore. Les seules sangsues et les cataplasmes ont suffi pour la guérison complète chez trois de ces patients. Terme moyen, la résolution a été obtenue dans l'espace de quatre à six semaines. — Ces cures n'offrent sans doute rien d'insolite, mais elles ramènent l'attention du lecteur à une question fondamentale que nous avons discutée à fond, il y a trois ans : nous voulons parler de la condition pathologique des hydrarthroses (Voy. Ann. de thér. t. 1. p. 131, 190, 224, 226, 375, 449). La conclusion de nos six articles était que l'hydrarthrose devait être en général considérée comme un symptôme d'un travail inflammatoire, sourd ou patent, des tissus articulaires, et que les diverses médications dont nous avons relevé l'importance par des faits cliniques, telle que celle de M. Gimelle (tartre stibié à haute dose), celle de M. Briquet (sulfate de quinine à haute dose), celle de M. Velpeau (injection iodée; compression), celle des praticiens anglais (calomel à dose répétée jusqu'à salivation), s'accordaient parfaitement au fond avec la méthode antiphlogistique proprement dite, puisque le principe dynamique de ces méthodes était chez toutes identiques, l'hyposthénie. Il résulte de là une règle générale, importante, de thérapeutique, concernant cette maladie, c'est qu'on ne saurait trop s'attacher à cette indication fondamentale, et viser, pour la remplir, à des moyens divers qu'on peut combiner à loisir, sans mettre plus

d'importance spéciale à tel remède plutôt qu'à tel autre, puisque le but peut être atteint de différentes manières, assez facilement dans la généralité des cas. On s'était formé sur l'hydropisie articulaire des idées inexactes quant à sa nature; de là, des traitements empiriques, souvent frappés d'impuissance, et l'on a vu fréquemment le mal marcher indéfiniment et acquérir les conditions des tumeurs blanches. Cela n'arrivera très certainement de nos jours, que dans quelques cas très exceptionnels, si le mal est traité convenablement, surtout dès le début. Ce qui peut rendre l'affection incurable, c'est son passage à la condition mécanique, par la dégénérescence des tissus phlogosés chroniquement; aussi, faut-il se hâter de l'attaquer énergiquement, tant qu'elle est encore à l'état dynamique. Il y a, comme on le conçoit, dans cette manière de voir, des ressources larges et précieuses, qu'on chercherait en vain dans les notions ambiguës généralement enseignées.

Que signifie la vieille doctrine étiologique professée encore de nos jours sur la genèse des hydropisies, savoir la rupture d'équilibre entre l'absorption et l'exalation du liquide naturel de la cavité séreuse? Rien absolument, car il est faux de dire qu'une de ces conditions peut rester à l'état normal, l'autre étant altérée. Qu'on trouve en effet un seul cas où la force sécrétante, par exemple, soit restée normale, tandis que la force absorbante aurait au contraire diminué, et *vice versa*? La chose est purement hypothétique et elle ne saurait se vérifier, par la raison que les deux facultés sont inhérentes à une même membrane. L'observation directe, d'ailleurs, conduit constamment à reconnaître dans les séreuses hydropiques des conditions de sursécrétion, voilà le fait général. Quant à la faculté absorbante, on sait qu'elle diminue en raison du degré de phlogose des tissus, et qu'elle ne reparaît que par la disparition de celle-ci. En conséquence, le problème de la guérison se réduit à ceci : supprimer la sursécrétion et rétablir l'absorption, ou, ce qui revient au même, combattre la condition phlogistique qui produit ces deux effets. En conséquence aussi, quand, après un traitement heureux, on observe l'hydropisie disparaître, on ne doit voir par là que la cessation de la sursécrétion et le rétablissement de la fonction absorbante par le fait de la disparition de la condition pathologique.

Fractures diaphysaires du fémur. — Un enfant âgé de 13 ans, a été reçu pour une fracture oblique à la partie moyenne de la cuisse, sans plaie. Le chevauchement des fragments était très prononcé. Pour les réduire, on a placé le membre dans la position horizontale d'abord, puis dans la position à demi-fléchie de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse. Ni l'une ni l'autre position n'a pu être conservée, par la raison que le déplacement se reproduisait constamment quelques heures après la pose de l'appareil de Scultet. Dès lors, M. Lisfranc a mis le membre dans la flexion qu'il appelle *au quart*, c'est-à-dire, sur un coussin peu épais, de telle sorte que le genou fût un peu élevé au-dessus du niveau du matelas. La cuisse s'est trouvée ainsi légèrement fléchie sur le pelvis et la jambe également fléchie sur le fémur, formant ainsi des angles alternes très obtus. Cette position, qui est d'ailleurs assez commode, a permis de réduire, de maintenir parfaitement la fracture et d'obtenir une guérison sans le moindre raccourcissement. Le bandage employé à la Pitié est celui de Scultet, modifié par Dupuytren, à l'aide de deux ordres d'attelles, savoir de trois petites attelles en bois et de compresses graduées, placées à nu sur le lieu de la fracture, avant d'y apposer les bandelettes séparées, et les grandes attelles ordinaires. La position que nous venons d'indiquer a déja été adopté, comme règle générale chez l'adulte, par M. Lisfranc, et c'est celle qu'il a trouvée la plus avantageuse dans les fractures diaphysaires du fémur; il a voulu montrer, par les essais précédents chez ce malade, combien la position, soit horizontale, soit demi-fléchie, était désavantageuse sous le rapport du chevauchement. Au reste, pour dompter sûrement le déplacement, M. Lisfranc a adopté pour règle, de refaire l'appareil tous les deux jours dans les fractures en question; il combat ainsi sans cesse le changement de rapports des fragments, et il trouve cette méthode préférable à toute autre. Les mêmes principes sont appliqués par lui aux fractures de la partie supérieure et de la partie inférieure de la jambe.

— Il semble au prime-abord par trop banal de traiter aujourd'hui la question exposée dans cet article, tout le monde sachant bien, à ce qu'on croit, panser les fractures diaphysaires du fémur. On peut cependant contester avec raison une pareille croyance. Qu'on suive attentivement les cas de ce genre dans les hôpitaux ou en ville, et l'on s'assurera que chez le plus grand nombre, pour ne pas dire chez tous, la guérison n'est obtenue qu'à l'aide d'un chevauchement, d'un raccourcissement, d'une claudication plus ou moins notable. Le problème est, comme on le voit, très important, et il est loin encore d'être complètement résolu. L'appareil dextriné dans ces fractures n'est conservé aujourd'hui, à Paris, que par M. Velpeau seulement; la généralité des chirurgiens sont revenus à l'ancien système, mais les difficultés ne sont pas pour cela résolues. La modification ci-dessus indiquée de M. Lisfranc, donne-t-elle des résultats tout à fait satifaisants chez l'adulte? Nous ne connaissons pas, quant à présent, assez de faits par devers nous pour nous prononcer.

Hôpital Beaujon (M. Robert).

Tumeur érectile a la lèvre. *Guérison à l'aide des épingles en permanence.* — Un petit enfant, bien constitué et bien portant, âgé de 14 mois, portait vers le milieu de la lèvre supérieure, précisément vers le tubercule moyen de cette lèvre, une tumeur érectile du volume d'une noix, molle au toucher, d'un rouge violet, augmentant durant les cris, etc. Elle faisait des progrès rapides, et la muqueuse du *prolabium* était si distendue et enflammée qu'on avait à craindre son ulcération prochaine et sa rupture. Comme la plupart des tumeurs de ce genre, celle-ci portait son germe de la naissance, et elle n'avait acquis du développement que depuis deux à trois mois. M. Robert l'a attaquée à l'aide de cinq épingles passées horizontalement dans la substance de la tumeur et plus ou moins obliquement, en forme de lardoires. L'enfant a beaucoup crié, mais il n'a pas cessé de se bien porter. Vers le septième, huitième jour, trois des épingles étaient déjà tombées spontanément, par le fait de la suppuration de leurs trajets. Rien n'indiquait encore positivement quelle serait l'issue finale de la médication. Aujourd'hui, dixième jour, les deux dernières épingles sont mobiles et saillantes du côté de la pointe, ces tiges s'étant enfoncées profondément du côté de leur tête; M. Robert les a ôtées en les tirant facilement par la pointe, ce qui fait présumer que leurs trajets sont assez libres, puisque la tête de chaque épingle a pu les traverser. La masse de la tumeur a diminué de près de moitié, elle s'est consolidée surtout à la base, le sommet seulement est encore un peu

molasse. mais beaucoup moins qu'avant, et en outre, les cris de l'enfant n'influent aucunement ni sur sa couleur qui est beaucoup moins vive, ni sur son volume. Tout fait présumer que cette tumeur est déjà coagulée, désorganisée pour ainsi dire, et disparaitra complètement par l'absorption spontanée. — On rencontre continuellement de ces tumeurs dans la pratique des hôpitaux et de la ville. On les guérit presque toujours après différentes tentatives, mais l'on peut dire assurément que, contre elle, aucune méthode, aucun procédé n'a une prise constante et sûre, chaque méthode, chaque procédé donnant des résultats fort variables. Nous avons vu, par exemple, ce procédé des épingles échouer entre les mains de M. Roux et d'autres praticiens. Le petit séton capillaire, passé avec une aiguille de tailleur et un brin de fil fin, qui avait souvent réussi à M. Blandin, dans les cas de ce genre, a échoué dernièrement entre les mains de ce praticien, sur deux enfants dont nous avons rapporté les détails. On peut en dire autant d'autres procédés ; mais ce qu'il y a d'heureux, c'est que quand un procédé échoue, un autre réussit sur le même sujet si le mal n'est pas très étendu ; de sorte qu'il est bon d'en prévenir les patients ou leurs parents.

L'on étudie minutieusement, depuis plusieurs années les tumeurs érectiles au point de vue de l'anatomie pathologique ; l'on connaît parfaitement aujourd'hui leur structure, mais la cause première de ces végétations, de ces entrelacements vasculaires nous échappe. L'on ne la recherche même pas ; et pourtant, l'on comprend combien il serait important de la connaître, car on pourrait par là espérer d'atrophier le mal dès le début. Une réflexion cependant se présente : c'est que ces tumeurs sont composées de petites cellules anévrismatiques et variqueuses ; or, M. Tommasini a démontré, dans un mémoire, que nos lecteurs connaissent, que tout anévrisme spontané est la conséquence d'une sub-artérite lente, circonscrite. On peut appliquer l'idée de sub-phlébite lente, locale, aux tumeurs variqueuses. On peut donc conclure par analogie, qu'une tumeur érectile n'est en réalité que le résultat d'une phlébo-artérite capillaire très circonscrite ; elle est telle dès la naissance et ne prend plus tard de l'extension que par la croissance naturelle du système vasculaire et par la force qu'acquiert la circulation. La chaleur presque fébrile que ces tumeurs présentent durant leur accroissement, s'accorde assez avec l'idée d'une phlogose circonscrite. Si cette étiologie était exacte, on pourrait en tirer quelques conséquences utiles pour leur traitement.

FISTULE SOUS-MAXILLAIRE, PÉNÉTRANT DANS LA BOUCHE. *Dent de sagesse vicieusement inclinée.* — Une jeune personne, âgée d'une vingtaine d'années, bien constituée, a vu depuis deux à trois mois une tumeur inflammatoire se former vers le bord inférieur de la mâchoire inférieure, entre le menton et l'angle de cet os. Cette tumeur a acquis les dimensions d'une demi-orange (deux à trois pouces de largeur), était rouge, excessivement douloureuse, adhérente à l'os. Elle s'est ouverte spontanément, a donné un peu de pus séreux, et les choses sont restées dans cet état depuis deux mois. A l'examen, on trouve la tumeur telle que nous venons de la décrire, elle est fixe, et sa base paraît formée dans le périoste, la peau est rouge et douloureuse, une ouverture existe vers son milieu, de la largeur d'une pièce de 50 cent.; ses bords sont épais, grisâtres et presque renversés en dehors, comme ceux de certains chancres vénériens. Les mâchoires sont tellement bridées que la bouche peut à peine s'ouvrir. Ces apparences offraient quelque chose d'anormal. M. Robert a dû, comme on le prévoit, supposer une maladie dentaire ; cependant la patiente n'avait jamais souffert aux dents, et l'inspection de ces instruments n'a rien offert de maladif, mais la dent de sagesse de ce côté manquait. Ayant sondé la petite plaie de la tumeur avec un stylet, cet instrument a passé dans la bouche obliquement, d'avant en arrière et de bas en haut, et il a pu être touché à nu avec un doigt porté dans cette cavité à la hauteur de la seconde grosse molaire. On ne se rendait pas suffisamment compte de cette espèce de fistule pénétrante, ni de cette tumeur singulière sans la présence d'une maladie dentaire. Le stylet explorateur, cependant, avait glissé le long de la face interne de la branche de la mâchoire, et il avait aboutit très près du lieu réservé à la dernière molaire Il y avait donc lieu d'en accuser l'irritation occulte occasionnée par cette dent. En conséquence de cette présomption, M. Robert a incisé la gencive qui couvrait la dent de sagesse, mis cette dent à découvert et il a essayé de l'extraire, mais il n'a pu en venir à bout. Il a alors adressé la malade à M. Delestre, dentiste à Paris, qui n'a pas mieux réussi ; ce praticien a extrait alors l'avant dernière molaire, c'est-à-dire la dent antérieure à celle qu'on venait de découvrir. La dent extraite a offert le côté correspondant à la dent de sagesse fortement usé par le fait de la compression forcée qu'elle avait éprouvée. Cette usure ressemblait assez à la lésion décrite par Hunter sous le nom de : *destruction des dents par dénudation.* Dès lors, on a vu, et nous avons constaté nous-même que la dernière molaire était fortement inclinée en avant, sa couronne étant presque couchée horizontalement et parallèlement au bord correspondant de la mâchoire. Depuis que cette opération a été pratiquée la tumeur a paru diminuer un peu, mais la femme y souffre toujours beaucoup, et les choses restent jusqu'à présent à peu près dans le même état. Qu'y faire ? Aucune indication spéciale ne se présente en ce moment, si ce n'est de traiter la tumeur antiphlogistiquement et d'attendre ; c'est ce qu'on fait. Nous reviendrons sur ce fait intéressant s'il y a lieu.

— Nous ne savons si la pathogénésie que l'on vient de lire de cette tumeur fistuleuse, est exacte. L'état actuel des connaissances, cependant, ne nous offre pas d'autres idées dans ces conditions. L'état de la dent qu'on vient d'extraire, joint à l'inclinaison vicieuse de la dent de sagesse, semble appuyer cette manière de voir. Il y a là probablement une périostite inhérente à l'irritation dentaire, et elle pourrait bien se terminer par une nécrose ; reste à savoir ce que la fistule buccale deviendra. Peut-être serait-il encore avantageux d'extraire la dent de sagesse elle-même, chose facile peut-être aujourd'hui, puisqu'elle est à découvert. Nous disons *peut-être*, car il se pourrait que l'inclinaison vicieuse de sa couronne en ait entraîné une pareille dans ses racines, ce qui pourrait occasionner leur rupture. Il n'est pas excessivement rare de rencontrer dans ces occurences, les racines à l'état que les dentistes appellent *barré*, ce qui rend inévitable, soit leur rupture, soit la rupture de la cloison alvéolaire correspondante. On trouve dans un livre que les chirurgiens ne lisent pas assez (Fauchard, Le chirurgien dentiste, Paris, 1786) quelques exemples

remarquables de ce cas, et l'on consultera également avec avantage, sur toutes ces questions, l'ouvrage récent de MM. Désirabode.

Hôpital des Invalides (M. Pasquier.)

Cancer a la tempe. *Fer incandescent. Caustique sulfo-safrané.* — Un ancien militaire avait perdu l'œil gauche, par suite d'une blessure qu'il y avait reçue, il y a trente ans. Plus tard il essuya une seconde blessure à la tempe du même côté, très près de l'angle orbitaire externe; la plaie qui en résulta ne se cicatrisa point; elle suppura, se couvrit de croûtes et se convertit en ulcère. Cet ulcère pris à la longue le caractère cancéreux, et c'est pour cette altération qu'il s'est fait recevoir à l'infirmerie. A l'examen, on a trouvé à côté de l'angle palpébral externe un ulcère cancroïde, de l'étendue de 6 à 9 centim. carrés (2 à 3 pouces), se prolongeant surtout en haut vers la queue du sourcil et au front, à fond lordacé, à bords épais et renversés, offrant au total une masse de plusieurs centim. d'épaisseur, véritable tumeur ulcérée, mobile à la base et constituant ce qu'on appelle un cancer cutané. Les alentours de cette tumeur étaient rouges, tendus, douloureux; M. Pasquier n'a pas cru devoir l'attaquer par le bistouri, le mal n'étant pas assez limité et la peau voisine n'offrant pas assez de ressources pour combler la surface saignante. En conséquence, il a, à trois reprises, cautérisé la surface à l'aide du fer incandescent; le mal a semblé se modifier favorablement, mais le bienfait n'a pas été durable. En dernier lieu, M. Pasquier a appliqué deux fois la pommade d'acide sulfurique concrété à l'aide du safran. Le résultat est des plus satisfaisants; tout le tissu malade est détruit, l'escarrhe est déjà tombée en partie, et la cicatrice paraît de bonne nature.

— Plusieurs fois déjà nous avons vu attaquer le cancer cutané à l'aide du calorique concentré; toujours sans succès, ou pour mieux dire avec moins de succès que par les autres moyens dont l'art dispose contre cette maladie. Le bistouri et les caustiques potentiels vous permettent au moins d'obtenir une cicatrice franche, jusqu'à l'époque de la récidive; le fer rouge ne procure même pas cet avantage dans les cancers cutanés. Nous avons vu une fois une tumeur de ce genre occupant toute la face antérieure du sternum être attaquée à plusieurs reprises a l'aide de cinq, six fers incandescents, les uns tranchants, les autres nummulaires, enlever, nettoyer tout le bourgeonnement morbide, faire table rase sur l'ulcère, jusqu'au près de l'os; tout cela sans avantage; à la chute des escarrhes, des bourgeons cancéreux surgissaient du fond. Cela devait être. De tout les caustiques solides, en effet, le fer rouge est celui qui fait des escarrhes le moins profondes, par la raison que l'action du calorique est rayonnante et promptement neutralisée par les liquides organiques; tandis que l'action des caustiques potentiels prolongée, soutenue par les réactions électro-chimiques, attire vers elle les liquides, se les assimile, et pénètre ainsi à de grandes profondeurs, en frappant de mort une grande quantité de tissus. Ajoutons que l'art ne peut concentrer sur un instrument métallique qu'une quantité limitée de calorique, proportionnée à la capacité naturelle du métal; tandis que dans les caustiques potentiels on peut accumuler la puissance destructrice à loisir, par l'épaisseur de la pâte. Il est d'autres raisons encore qui font rejeter le fer rouge dans ces sortes de cas; c'est que le calorique stimule, excite, les alentours de la tumeur; or, toute action de ce genre est nuisible au cancer. Les caustiques chimiques exercent au contraire une action périphérique hyposthénisante, ce qui est favorable a la cicatrisation. Nous reviendrons prochainement sur cette question.

Infirmerie Sainte-Périne.

Hématurie. Cancer du rein. Autopsie *par M. Matice, interne des hôpitaux.*—Guillaume Sellier, âgé de 75 ans, est entré à l'infirmerie de Sainte-Périne, le 9 nov. 1845. Doué d'une bonne constitution, il s'est toujours bien porté, à l'exception de douleurs dans les reins (région lombaire), qui ont une origine immémoriale; et d'une douleur dans le côté droit près du mamelon, qui s'est manifestée depuis quelque temps. Le malade tousse, et le côté, examiné avec attention, n'offre rien de remarquable sous le point de vue des phénomènes respiratoires. Pouls développé, 85 pulsations; soif peu vive, légère chaleur à la peau (Tisane pectorale, deux bouillons). — Le 10, l'état pyrétique continue, sans qu'on puisse s'en rendre compte, l'obscurité du diagnostic étant aggravée par la surdité considérable et habituelle du malade, qui l'empêche de fournir des renseignements sur son état (même prescription).—Le 12, le patient tousse, crache du sang en assez grande quantité; il est noir, mêlé aux crachats qui sont très compactes. La douleur de côté n'a pas changée; elle est toujours locale, circonscrite, augmentée par la palpation. A droite, le murmure respiratoire est faible; on entend quelques bulles de râle crépitant très lointaines et plus grosses que de coutume. La résonnance de ce côté est un peu diminuée. A gauche, rien. Pouls fréquent, développé (Julep, tartre stibié, 0, 40; pect.). — Le 13, pouls irrégulier, moins fort, plus fréquent, 110 pulsations (même prescrip.). — Le 15, la quantité de sang expectoré est équivalente à 60 grammes environ, dans les 24 heures; il est noir, comme coagulé; son expectoration en est rendue difficile. Facies bon, appétit nul, pas de dyspnée; mêmes phénomènes du côté de la respiration (on croit à une apoplexie pulmonaire centrale). Pouls petit, 100 (pect.; 2 bouillons). — Du 15 au 22, il n'y a rien eu de remarquable, si ce n'est la diminution de la quantité de sang, qui est nulle aujourd'hui. Le murmure respiratoire est toujours faible; matité de la partie inférieure du côté droit; urines sanguinolentes pour la première fois; douleur dans le ventre et les lombes; pouls peu développé, 90 pulsations (lin émulsionné, 2 bouillons). — Le 23, pas de crachement de sang; murmure respiratoire toujours faible. Il semble qu'il y ait moins de résonnance en haut et en arrière que du côté opposé; matité évidente en bas et du même côté droit; pouls peu développé, 88 pulsations. Urines rares, 500 gms. environ par 24 heures, sanguinolentes, sans odeur d'ammoniaque. Soif peu vive, un litre de tisane par jour; appétit nul. Le malade a refusé de prendre un bouillon; une garde-robe solide (même prescript.). —Le 24, même état de l'appareil circulatoire et réspiratoire; urine très sanguinolente, très trouble, laissant déposer au fond du vase une matière jaunâtre, tout à fait semblable, quant à l'aspect, à du pus (même prescript.). — Le 25, même état des urines. Le crachement de sang a reparu, il est abondant, consiste dans des crachats rares, non aérés, peu mêlés de mucus bronchique; la respiration n'est pas accélérée d'une manière notable, il n'y a pas de point pleurétique, le murmure respiratoire est mêlé en haut, en arrière et à droite, à du souffle tubaire et à du râle crépitant à grosses bulles, s'étendant surtout quand le malade est invité à tousser; pouls assez développé, 108 pulsations par minutes (lin émulsionné, jul. diacodé, lait).—Le 26, face décolorée de même que la peau du reste du corps, traits effilés, sentiment de douleur générale. Le malade, au dire des infirmiers, a rendu du

sang pur, rouge, par le pénis et l'anus, et en quantité telle que le coucher en a été sali ; urines rares, couleur de lavures de chair, dysurie ; elles paraissent toujours contenir du pus. Matité de la région rénale gauche, s'étendant en avant jusque sur les limites de l'épigastre; tumeur sensible au toucher, pas de douleur pendant l'exploration. La respiration est dans le même état ; matité légère au sommet du poumon droit ; pouls fréquent, très petit, 120 pulsations environ (lin émul.; lait). — Le 29, face hippocratique, pâleur extrême, urine rare, sanguinolente et d'apparence mêlée de pus, sans odeur. Respiration un peu accélérée, quelques crachats rouillés, souffle tubaire léger et râle crépitant à grosses bulles dans le lieu précité. Pouls petit, irrégulier, 120 pulsations. — Le 30, mort à cinq heures du matin, sans agonie ni agitation.

Autopsie 24 heures après la mort. — Cadavre d'un embonpoint médiocre, appendices graisseux du gros intestin surchargés de graisse. Tout le tube digestif est sain, ne contenant pas de sang ; l'estomac a contracté des adhérences avec la tumeur que nous allons décrire. La vessie, le rein droit sont sains; le gauche est volumineux, déformé ; son poids est d'environ un kilogramme (deux livres), sa capsule adipeuse, très épaisse, est constituée par un tissu cellulaire dense, très adhérent à la membrane propre du rein ; il est parsemé de petites tumeurs arrondies dont les coupes sont tout à fait semblables, quant à la couleur et la consistance, à celle d'une pomme. Quelques-unes d'entre elles sont entièrement plongées dans le tissu adipeux tandis que d'autres sont logées dans le tissu cellulaire ambiant, qu'elles semblent avoir envahi. Déformé principalement près de sa fissure, le rein offre dans ce sens des points saillants arrondis, espèces de mamelons remarquables par la couleur noire et la mollesse des tissus qui le constituent : ce sont, en un mot, des foyers apoplectiques. Fendu de son bord convexe vers le bord concave, il offre au centre de la coque, une excavation pouvant loger un œuf de poule, circonscrite par une substance molle, de couleur rouge vineuse, et qui semble avoir été déchirée comme pourrait l'être le tissu pulmonaire hépatisé; elle ne renferme pas, d'ailleurs, du sang épanché. Quant au reste de la surface, elle est rouge pâle ; en vain on chercherait à reconnaître le tissu rénal qui est remplacé par une substance dure dans certains points, ramollie et noirâtre dans d'autres, couleur qui tranche avec celle indiquée plus haut, et qui est prédominante. L'urétère est distendu par du sang noir couleur de bistre et à demi-coagulé. L'artère et la veine rénale sont distinctes et sans altération. La rate est doublée de volume, adhérente au rein malade; elle paraît aussi ramollie. Le foie est très volumineux ; on voit à sa surface de petits points blancs, arrondis, de la largeur d'une pièce d'un demi-franc ; d'autres sont plus grands, offrent une coloration brune au centre, qui est entourée par un cercle ou zone de couleur blanche. Ces surfaces ne sont autre chose que la partie libre de la périphérie des petites tumeurs, dont les unes, grosses comme un pois, présentent une coupe en forme de cercle, blanche, homogène, identique enfin à la surface des tumeurs indiquées plus haut, et dont les autres, qui sont en général plus étendues, présentent au centre une couleur brune en même temps que la substance y est ramollie ; quelquefois même on trouve un caillot au centre de ces produits morbides. Etat du poumon... (Bulletin de la Soc. anat. de Paris). L'auteur croit qu'on aurait pu peut-être diagnostiquer le cancer du rein par l'examen microscopique de la matière cérébriforme contenue dans les urines et qu'on avait pris à tort pour du pus.

BULLETIN OPHTHALMOLOGIQUE

Affection fongoïde de l'orbite (variété nouvelle). — Henri Surridge, âgé de 4 ans, d'une beauté remarquable, constitution scrofuleuse, a été reçu à l'hôpital de l'Université de Londres (University college hospital) dans le service de M. Quain, le 25 février dernier, pour une petite tumeur placée à la partie supérieure et interne de l'orbite droite. Sa mère a déclaré que l'enfant a toujours joui d'une bonne santé, si ce n'est qu'il a eu le croup à l'âge de un an. Il y a six semaines, il a paru pour la première fois peu disposé à prendre part à ses amusements habituels; quelques jours après, la paupière supérieure a paru relâchée, et en même temps une petite tumeur molle, incolore, à l'endroit que nous venons d'indiquer. Plusieurs médecins furent consultés, qui ont prescrit de faire recevoir l'enfant à l'hôpital. Son père est bien constitué et sain, mais sa mère est anémique; elle a fait cinq enfants avant celui-ci, et ils sont tous morts scrofuleux avant la puberté. Au reste, personne dans sa famille n'a été affecté de cancer.

Etat actuel. — Le globe oculaire du côté droit est poussé en bas et en dehors, entraînant devant lui la commissure palpébrale externe. A l'angle interne il existe une tumeur du volume d'une noisette, dure, élastique, proéminant à peine sous la voûte de l'orbite. Les téguments de la paupière qui couvrent la tumeur, sont d'un pourpre mat, sillonnés par de grosses veines. L'œil est d'une apparence naturelle, mais l'enfant y accuse de la douleur, ainsi que dans l'orbite; la vision est perdue de ce côté. Les facultés intellectuelles sont nettes; aucune maladie appréciable n'existe du côté du cerveau. — On prescrit des lotions saturnines tièdes sur la tumeur, et des soins relatifs à l'état général. — Le 28 février, la tumeur augmente rapidement; aucune opération ne paraît praticable avec chance favorable. — Le 6 mars, les progrès de la tumeur sont rapides. Les téguments sont plus foncés, les veines très apparentes. Le petit malade est plaintif, agité, se plaint constamment de fatigue, son appétit est très capricieux. On lui prescrit quelques gouttes de teinture de ciguë dans une potion, avec du citrate de potasse, trois fois par jour. — Le 9 mars, la tumeur s'est crevée à travers la conjonctive, et il s'est écoulé environ 4 grammes de liquide sanieux. L'enfant devient plus irritable et plaintif; sentiment d'une grande fatigue continuelle, même en ne sortant pas du lit. Pas de symptômes cérébraux. — Le 10, apparaît une petite masse fongueuse, gélatineuse, du volume d'un pois, de dessous la paupière supérieure. L'œil proémine davantage. — Le 15, le fongus a une apparence rougeâtre ; appétit capricieux. Rien du côté du cer-

veau.— Le 18, écoulement de sang par le fongus, 30 grammes environ (3 onces); on l'arrête à l'aide d'applications froides, le petit malade est resté fort affaibli; il éprouve une incontinence d'urine.— Le 20, malgré les soins très attentifs qu'on a pour l'enfant, une petite escarrhe se manifeste à la hanche droite. L'urine filtre toujours involontairement sous lui. Pieds légèrement œdémateux.— Le 21, l'œil se crève et se vide.— Le 23, la tumeur augmente de volume, le patient s'affaiblit de plus en plus.— Le 5 avril, l'hémorrhagie a reparu deux ou trois fois; la tumeur augmente, l'œil gauche proémine un peu entre les paupières, et sa conjonctive sécrète une matière putride.— Le 10, les membranes de l'œil droit se sont gangrénées. L'escarrhe de la hanche droite fait des progrès; il y a un peu de rougeur à la hanche gauche. Pas de symptômes cérébraux. Les pieds, les jambes, le scrotum sont très œdématiés.— Le 16, l'enfant n'a pas uriné depuis hier. On le sonde, l'instrument passe avec quelque difficulté à cause de l'œdème du prépuce; on retire de l'urine fortement ammoniacale. La tumeur est moins prononcée à l'œil droit. L'œil gauche est dans le même état. On continue à sonder l'enfant tous les jours; il est resté immobile sur le dos, se trouvant mal de temps en temps. Le 24, mort.

Autopsie, 20 heures après la mort.— Cadavre très œdématié. Il existe une large escarrhe à chaque hanche; à droite elle s'étend jusqu'au trochanter. La tumeur de l'œil droit a beaucoup diminué depuis les derniers jours; elle est plus pâle. L'œil gauche n'offre aucune apparence de maladie. On ouvre le cerveau; la dure-mère adhère fortement au crâne. Le cerveau est pâle, exsangue, mais sain. On l'enlève et l'on trouve la paroi supérieure de l'orbite partiellement cariée, bien que la maladie de l'orbite n'ait point pénétré dans le crâne. On excise la voûte orbitaire et l'on trouve le contenu de l'orbite droite réduit en une matière jaune-verdâtre, ressemblant à du pus concret. Les extrémités terminales du nerf optique et des nerfs de la troisième paire sont pareillement affectées. Il existe dans l'orbite gauche une assez grande quantité de la même matière. La paroi inférieure des deux orbites est perforée et communique avec l'antre d'Higmore, dans lequel la maladie s'est propagée. L'ethmoïde inter-orbitaire est également affecté, ainsi que la glande lachrymale du côté droit. Les poumons sont sains, mais très pâles. Une petite tumeur existe dans la vessie. Les glandes mésentériques sont hypertrophiées (Medical Times).

— L'auteur s'est borné à l'exposition du fait sans caractériser suffisamment la maladie, si ce n'est dans le titre de l'observation. Il n'a pas décrit, ce nous semble, avec assez de détails les conditions matérielles de la lésion. Aussi, ne comprend-on pas trop cette affection fongoïde de l'orbite, qui, à l'autopsie, n'offre qu'une matière analogue à du pus concret. Etait-ce un encéphaloïde, un colloïde, une fonte tuberculeuse? Ce qui intéresse plus particulièrement au reste, c'est le passage du mal d'une orbite à une autre à travers l'ethmoïde, et sa propagation vers les sinus maxillaires plutôt que vers le crâne. Comme lésion bis-orbitaire, le cas est déjà rare; et quant à la forme de l'altération, elle n'avait point encore été décrite à ce que nous sachions. On aurait cru au prime-abord avoir affaire à l'affection décrite par J. L Petit, sous le nom de *carnification de l'ethmoïde*. On peut trouver une certaine ressemblance entre cette altération et une autre de l'os frontal décrite par Amussat.

HÉMÉRALOPIE.— *Plusieurs cas de guérison, à l'aide de la cautérisation du pourtour de la cornée; par M. Roussilhe, chirurgien de l'hôpital de Castelnaudary.*— L'héméralopie est très commune dans le pays que j'habite: c'est principalement au printemps de chaque année qu'on observe le plus de cas. Si on consulte les auteurs qui ont traité de cette maladie, on voit qu'ils se sont copiés les uns les autres; ils conseillent le quinquina, les éméto-cathartiques, les vésicatoires à la nuque, les sudorifiques, la vapeur de foie de bœuf cuit dans l'eau. Depuis plusieurs années j'emploie la cautérisation du pourtour de la cornée transparente d'après la méthode de M. Serres d'Uzès. Je puis affirmer que, dans tous les cas où ce moyen a été mis en usage, j'ai obtenu une prompte guérison. Il serait fastidieux de rapporter un grand nombre d'observations, j'en citerai quatre, que j'ai recueillies au mois d'avril 1845, sur quatre individus de la même famille qui en furent atteints simultanément.

1er *Fait.*— « Catherine Millau, fille de service, âgée de quarante-cinq ans, restant chez Cecereu, propriétaire à Bernard-Peyre, commune du Mas-Saintes-Puelles, vint me consulter le 25 avril de cette année. Il y a quelques jours qu'en revenant des champs elle fut prise de cécité après le coucher du soleil. Le lendemain la vision se rétablit, mais la cécité se reproduisit le soir. Ces mêmes phenomènes s'étant reproduits les jours suivants, elle se décida à consulter. Voici quel était l'état de ces yeux: les pupilles ne sont pas dilatées et se contractent bien, la malade voit et distingue parfaitement les objets, les conjonctives sont injectées, il y a des douleurs vagues dans les yeux. Cette malade est atteinte de pellagre; les vertiges qu'elle éprouve, les douleurs de tête, et sa démarche chancelante, doivent être rapportés à cette dernière maladie. Après avoir fixé le globe de l'œil avec le spéculum contentif de Luzardi, je cautérisait le pourtour de la cornée de chaque œil avec le nitrate d'argent. L'action de ce sel détermina une vive irritation des yeux qui dura trois jours, époque à laquelle l'héméralopie a disparu.

2e *Fait* — « Jeanne Cecereu, âgée de vingt-un ans, a été atteinte d'héméralopie il y a quatre ans. Le 27 avril au soir, étant occupée à travailler, elle perdit tout à coup l'usage de ses yeux. Le lendemain la vision s'exerça comme dans l'état normal. Le soir, récidive. Voici quel était l'état des yeux le 29: les pupilles sont plus dilatées que dans l'état naturel, la contraction de l'iris est lente, les conjonctives sont injectées, il y a des douleurs lancinantes dans la tête, la menstruation est irrégulière. Saignée du bras, cautérisation du pourtour de la cornée, inflammation assez vive de la conjonctive qui dure cinq jours; guérison de l'héméralopie.

3e *Fait.*— « Raymond Cecereu, âgé de dix-neuf ans, traceur de pierre, est atteint du pellagre au premier degré. Ce jeune homme s'est aperçu d'un affaiblissement de la vue après le coucher du soleil. Il y a quelques jours qu'en se retirant du travail il fut obligé de s'asseoir sur un tertre, et d'attendre que quelqu'un passât pour le reconduire chez lui. Déjà sa cécité périodique s'était reproduite plusieurs fois lorsqu'il a été soumis à mon observation le 29 avril. Les pupilles ont leur largeur naturelle, l'iris se contracte bien, la cécité est complète d'un crépuscule à l'autre; les vertiges, les douleurs de reins, et la faiblesse des jambes, doivent être rapportés à la pellagre. Cautérisation de la cornée, guérison deux jours après.

4e *Fait.* — « Crépin Cecereu, âgé de onze ans, berger, a été pris tout à coup d'héméralopie le 26 avril. La cécité est complète depuis le coucher du soleil jusqu'au lendemain matin après le lever de cet astre. Voici quel était son état le 29 avril : les pupilles sont larges et se contractent avec lenteur, les conjonctives ne présentent pas de trace d'irritation ; il n'y a pas de douleurs de tête, les organes digestifs sont dans leur état normal ; cautérisation de la cornée, irritation très passagère de la conjonctive, guérison rapide.

« Les quatre cas d'héméralopie observés en même temps sur des individus d'une même famille, qui n'est composée que de neuf personnes, constituent une épidémie circonscrite qu'on pourrait placer à côté de celles qui ont été décrites par Fournier, Pouloin, Hubner et Fleuri. Le lieu qu'habitent les malades ne nous paraît pas être la cause de l'épidémie, puisque deux familles qui résident dans la même localité, et qui ont été soumises aux mêmes influences, n'ont offert aucun cas d'héméralopie. La famille Cecereu est plus pauvre, plus mal logée. Il faut noter que deux malades sont atteints de pellagre, et, comme nous l'avons déjà fait observer, l'héméralopie s'observe très fréquemment chez les pellagreux. L'action de la cautérisation de la cornée a été, dans ces quatre cas, de la dernière évidence ; la durée la plus longue du traitement a été de cinq jours. Excepté chez Jeanne Cecereu, où une saignée a été pratiquée, la cautérisation a été le seul moyen mis en usage. » (Journal de médecine de Bordeaux.)

Structure intime de la rétine, *par le Dr Pacini.* L'auteur est déjà connu dans la science par ses travaux d'anatomie transcendante. Ses observations sur la rétine ne peuvent donc manquer de valeur. Il admet dans la structure de la rétine de l'homme cinq couches superposées, formées d'éléments morphologiques différents, dont quelques-uns sont communs à la substance corticale de l'encéphale, ainsi que M. Mandl l'avait déjà remarqué. La première couche, ou la plus intime, qui correspond à la face concave de la rétine, est formée de l'expansion des fibres blanches du nerf optique (fibres à double contour de Mandl), contiguës les unes aux autres, de manière à former un plan transparent, dans lequel on ne découvre des fibres qu'après la mort, excepté chez les lapins où l'on rencontre quelque différence. Leurs extrémités s'offrent en forme d'anses étroites et fermées, dont la position n'a pu être déterminée. La seconde couche est formée d'un plan de corpuscules transparents, ayant un nucléon et l'apparence des corpuscules gris de Mandl, et que l'auteur considère, avec Valentini, comme des corpuscules ganglionnaires simples ; il les appelle *cellules nerveuses.* La troisième couche offre une couleur caractéristique jaune-rougeâtre, claire, dans toutes les classes des animaux vertébrés, à laquelle se rattache la couleur jaune de la tache de Sœmmering, propre à l'homme et à quelques quadrumanes. Elle résulte de fibres nerveuses grises, disposées en rayons, qui se terminent dans les cellules de la seconde couche. Le quatrième plan, un peu plus gros que le précédent, est composé de plusieurs couches de corpuscules, reconnaissables quelques heures après la mort, identiques à ceux que Ehrenberg a retrouvés dans la substance corticale de l'encéphale et dans d'autres parties du système nerveux, niés comme normaux par Mandl, et que M. Pacini a constatés par leurs caractères, par leurs nucléons et leurs cellules : il les appelle *corpuscules nucléaires nerveux.* La cinquième couche enfin est formée par les petits cylindres de la membrane de Jacob. L'épaisseur de la rétine chez l'homme, mesurée sur un point moyen entre le centre et la circonférence, est de millim. 0,146, savoir, à la 1re couche, 0,010 ; à la 2e, 0,018 ; à la 3e, 0,045 ; à la 4e, 0,049 ; à la 5e, 0,024. — Les 1re, 4e, 5e couches s'étendent jusqu'au cercle ciliaire ; les 2e et 3e couches se prolongent jusque sur les procès ciliaires et sur l'iris qui en dépend, d'après l'auteur ; car, dit-il, ces deux couches constituent un véritable système ganglionnaire. Les vaisseaux de la rétine sont limités à sa surface concave, et aucun ne pénètre dans son épaisseur ; ils en sont même séparés par une membre extrêmement mince, transparente, distincte de la hyaloïde. Cette structure est uniforme chez tous les animaux vertébrés ; seulement l'épaisseur des différentes couches est variable. (Actes de la sixième réunion des savants italiens.)

TOXICOLOGIE.

Intoxication par un lavement de décoction de tabac ; *par M. Bertini, professeur de médecine à l'Univ. de Turin.* — Une petite fille, âgée de 4 ans passés, de constitution robuste, habituellement bien portante et très vive, voyageait en Italie avec ses parents et sa femme de chambre. De retour pour leur pays, ils se sont, aux premiers jours du mois de juillet dernier, arrêtés à Turin pour se reposer. Ils avaient fait par terre le voyage de Naples jusqu'ici. En passant de Bologne à Turin, l'enfant s'était sentie fatiguée, soit par le changement journalier d'aliments, soit par le manque de sommeil. La mère, présumant un développement de vers intestinaux, a donné à l'enfant, par conseil de sa femme de chambre, un lavement fait avec une décoction d'un morceau de cigare dans 180 grammes (6 onces) d'eau, réduite à moitié. Quelques minutes après, l'enfant est tombée dans un état alarmant. Je l'ai trouvée dans les conditions suivantes : agitation extrême, se tournant et se retournant continuellement dans son petit lit, mouvements convulsif, face pâle et contractée, regard fixe, physionomie stupide, criant par intervalles, paroles incohérentes ; pouls lent et petit, sueurs froides, abondantes par tout le corps, efforts de vomissements. La compression à l'estomac donne des signes de douleur. — J'ai immédiatement fait prendre chez le pharmacien un lavement purgatif ; en attendant, j'ai fait frictionner le corps de l'enfant avec des linges chauds, frotter la région du cœur avec de l'éther sulfurique, appliquer de temps en temps la fiole éthérique sous le nez, pratiquer quelques aspersions froides au visage, et fait boire forcément quelques gorgées de café sans sucre. Le lavement a fait rendre de suite une grande quantité de matières alvines et de gaz excessivement fétides. Aussitôt l'enfant s'est trouvée mieux, une réaction salutaire est survenue, la déglutition est devenue libre. On continue les frictions en moindre dose. Boisson rafraîchissante (limonade). Mieux progressif. Le lendemain, tout l'orage avait disparu, si ce n'est un léger mal de tête et quelques nausées. L'enfant se plaint de démangeaisons à l'anus : lavement de lait et de jaunes d'œufs. Deux jours après, elle était aussi bien portante et vive qu'à son ordinaire, et a pu continuer son voyage. — Le savant auteur rappelle, à l'occasion de ce fait, plusieurs cas analogues observées en Angleterre, en Amérique et en France ; il cite plus particulièrement, d'après le Journal de chimie médicale de 1827, le cas d'une femme qui, souffrant de vers in-

testinaux, prit, par conseil d'un charlatan, un lavement avec une décoction de deux onces (60 gm.) de feuilles de tabac dans 250 gm. (8 onces) d'eau. A peine ce clystère fut-il injecté, que la femme s'écria : je suis ivre; et aussitôt elle mourut. (Gior. della soc. med.-chir. di Torino.)

— Sans rien ôter à l'intérêt pratique que présente l'observation de M. Bertini, nous pouvons ramener ce fait aux principes toxicologiques que nous avons adoptés dans ce journal, et y trouver la confirmation. L'appareil symptomatologique de cette petite malade exprime l'hyposthénie franche, telle que nous l'avons décrite dans le dernier numéro, p. 216, d'après un fait analogue, arrivé aussi sur un enfant, par des remèdes asthénisants pris à dose excessive. Le parti pris par M. Bertini était précisément le véritable : vider le poison du rectum à l'aide de lavements pour en arrêter l'absorption, et provoquer une réaction dynamique salutaire à l'aide de moyens stimulants. Les frictions chaudes et l'éther ont suffi dans le cas de M. Bertini, tandis que dans le nôtre et dans ceux de M. Barzilai, de Venise, que nous avons également rapportés (p, 232), il a fallu avoir recours en même temps à l'eau de canelle, au rhum et à l'opium ; aussi la guérison a-t-elle été prompte et nette. Nous ne pouvons au reste adopter l'usage du café et de la limonade que pour les empoisonnements d'un autre genre, par la raison que ces substances sont elles-mêmes hyposthénisantes comme le tabac, et que le narcotisme de cette dernière substance ne saurait être sans danger, assimilé à celui que produisent l'opium, la canelle, les alcooliques et les autres poisons hypersthéniques. Il s'agit ici d'une question pratique, et il n'y a rien que nous ne puissions prouver par des faits.

Cas d'empoisonnement par l'acide oxalique. — autopsie ; *Par M. Ogilvy.* — Une dame habitant avec sa sœur était bien portante lorsque celle-ci l'a quittée pendant quelques minutes. A son retour elle l'a trouvée morte. M. Ogilvy a été chargé d'en faire l'autopsie sans d'autre commémoratif. Il a trouvé l'état suivant. La bouche et la langue sont blanchies, mais pas corrodées. Le cerveau est sain, plutôt vascularisé. Le cœur est sain, mais légèrement augmenté de volume, sans épaississement appréciable de ses parois, un peu plus pesant qu'à l'état normal. Au reste, pas de lésion dans cet organe, ni dans les vaisseaux qui en partent, ni dans les valvules. Les deux ventricules sont pleins de sang noir et liquide. Le foie est très développé ; l'estomac parait dans un état avancé de décomposition ; ses parois sont molles, friables, et tellement faciles à déchirer, qu'après avoir appliqué deux ligatures à ses orifices et l'avoir enlevé, le seul poids de la matière qu'il contenait a suffi pour le déchirer. Les intestins voisins de l'estomac et la portion du lobe gauche du foie, qui est contiguë avec l'estomac, sont également désorganisés par le contact de la matière qui avait transpiré de l'estomac. L'estomac était à moitié plein d'une masse gélatineuse noire, à réaction fortement acide. Les parois de ce viscère ont paru blanches après le lavage; seulement quelques veines remplies de sang noir les sillonnaient. Ce sang était épais comme un extrait. L'orifice cardiaque et la portion inférieure de l'œsophage étaient en putrilage, comme bouillis. La membrane muqueuse était blanche et se laissait aisément détacher. — La matière de l'estomac ayant été soumise à l'analyse chimique, a donné beaucoup d'acide oxalique. D'ailleurs, une perquisition faite au domicile de la défunte a fait découvrir une certaine quantité de ce poison. La mort ayant été attribuée à un suicide, il n'y a pas eu lieu de poursuivre l'enquête juridique (*The Lancet*).

Cette observation laisse beaucoup à désirer ; l'auteur ne dit même pas combien d'heures après la mort l'autopsie a été faite. Deux circonstances, au reste, lui donnent de l'intérêt au point de vue de la science, la rapidité extrême de la mort, et la perforation imminente de l'estomac. Il n'est point douteux que quelques heures plus tard ce viscère eût été trouvé perforé par l'action chimique du poison ; mais évidemment c'est là un effet consécutif à la mort, et c'est par erreur que quelques toxicologues soutiennent que certains poisons perforent l'estomac durant la vie.

REVUE GÉNÉRALE.

Phlegmasie alba dolens. Autopsie. *Cas remarquable observé à la Maternité de Bordeaux; par M. Barnetche.*— « Isab. Brugnet, déjà mère une première fois, accouche le 2 décembre 1844 d'un garçon. Première position du sommet, travail qui a duré douze heures. Au cinquième mois de sa grossesse, cette femme a été atteinte de douleurs dont l'intensité a varié, mais qui ont persisté jusqu'à l'accouchement. Fièvre de lait légère cinquante heures après la délivrance. Au quatrième jour de l'accouchement, la jambe et la cuisse du côté droit sont le siége de douleurs si violentes, qu'elles arrachent des cris à la malade ; appelé vers six heures du soir, je trouve le membre tuméfié, empâté, chaud, et présentant une traînée large de deux centimètres environ d'un rouge violacé, tout le long de sa partie interne : des nodosités ganglionnaires font relief à travers la peau et plus particulièrement à la jambe; les autres points de cette extrémité inférieure sont d'un blanc mat et comme infiltrés ; fièvre (chiendent, quarante sangsues au-dessus, au-dessous, et sur les côtés de la ligne inflammatoire ; cataplasme de farine de lin). Le 7, inflammation et douleurs moindres ; la rougeur a presque disparu, l'empâtement persiste : lochies ordinaires, fièvre légère; nulle douleur du côté de l'abdomen (Guimauve, grand bain, cataplasme sur le membre entier). L'amélioration continue jusqu'au 9, que caractérise un accroissement très marqué de l'empâtement, sans douleur plus vive ; apyrexie complète. Le 10, la jambe et la cuisse du côté droit ont acquis un volume considérable ; un point rouge se dessine à la partie moyenne et interne de la première; constipation, pouls accéléré (douze sangsues autour du point enflammé : cataplasme ; huile de ricin, 45 grammes). Dans la nuit, formation et ouverture d'une large phlyctène sur ce point ; il s'en échappe une sérosité roussâtre, pas de fluctuation appréciable. Le 11, pouls plein, fréquent, peau sèche, langue rouge à la pointe, abdomen indolent ; exsudation abondante par la phlyctène d'une sérosité sanguinolente; infiltration profonde; le membre, très volumineux, conserve partout l'impression des doigts. Le membre gauche commence à être douloureux, tuméfié, et d'un rouge foncé à la partie moyenne de sa face interne; six selles, lochies purulentes (guimauve, cataplasme vineux sur le membre droit; douze sangsues circonscrivant la rougeur du membre gauche). Dans la soirée, le bras gauche devient douloureux et la malade accuse un peu de sensibilité à la région sacrée, dont

la peau est de couleur lie de vin. Le 12, pouls assez calme, impossibilité absolue de remuer les membres inférieurs; même état du bras, de la langue, de l'abdomen qui reste indolent; insensibilité du pubis sous la pression (Eau vineuse; décoction de quinquina acidulée, trois verrées; cataplasmes vineux aux jambes, flanelle camphrée sur le bras; saupoudrez le sacrum avec poudre de quinquina camphré). Le 14, hébétude très prononcée, et jusqu'au 18, même état des deux jambes; le bras cesse alors d'être douloureux; du pus en quantité couvre le cataplasme, une incision lui donne issue; l'escarrhe du sacrum est comme tannée, n'a pas augmenté; la langue est rouge, soif vive, pouls fébrile. La malade éprouve beaucoup de difficulté à soulever la paupière supérieure gauche, deux heures après il y a impossibilité; dans la soirée la paupière de l'œil droit subit la même atteinte, on croit remarquer une diminution dans la fonction visuelle, et à ma visite du soir la malade ne perçoit pas l'éclat d'une lumière promenée aussi près que possible du globe oculaire (Limonade citrique, décoction de quinquina acidulée, pansement *ad usum*, bouillon vineux, vésicatoire à la nuque). Le 18, nuit assez bonne, *facies* meilleur, œdème considérable de la muqueuse palpébrale et oculaire; un bourrelet déborde le bord libre de la paupière supérieure et inférieure gauche; il est limité sur le globe de l'œil, à la cornée transparente devenue terne, et autour de laquelle il proémine d'une ligne environ; œdème commençant du bord libre et inférieur de la paupière supérieure droite. La jambe gauche a repris son volume naturel; suppuration abondante de la jambe droite (*Ut supra*, pansement du vésicatoire, compression de la jambe droite). Le 19, pouls fébrile, la muqueuse palpébrale soulevée, étranglée çà et là, éraillée en plusieurs points, laisse suinter une sérosité jaunâtre. Les 20 et 21, peu de changement dans l'état de la malade, cependant l'appétit se développe (Même traitement; deux bouillons à la reine). Dans la nuit du 21, le visage se colore, le pouls s'accélère; à la visite du matin 22, il y a de la fièvre, une intermittence très irrégulière dans les pulsations du cœur; la respiration est gênée; râle crépitant au sommet du poumon droit, plus marqué à gauche. Jusqu'au 23, les symptômes vont croissant; le pouls devient filiforme, les sinapismes et vésicatoires n'ont pas rubéfié la peau. Mort le 23 à trois heures du soir.

« *Autopsie.*— A l'autopsie faite le lendemain, dix-huit heures après la mort, et sous nos yeux, par M. Faure Laubarède, étudiant en médecine, nous avons observé ce qui suit : — *Etat extérieur.* Bien que la mort ne date que de peu d'heures, le cadavre exhale une odeur très fétide de matières animales en décomposition. Les extrémités inférieures sont volumineuses, infiltrées. Au sacrum existe une ulcération gangréneuse; l'os apparaît d'un gris noirâtre rempli de pus, et à 2 centimètres de profondeur. La dissection de la peau dans toute l'étendue du membre droit met à nu le tissu cellulaire raréfié, grisâtre, imbibé de liquide, ou comme fondu en sérosité; à la partie moyenne et interne de la jambe droite, sur le point où a apparu et s'est ouverte la phlyctène, un pus fétide et de couleur sale et infiltré dans les mailles de ce tissu. Les ganglions poplités, inguinaux, sont durs, développés, d'un blanc gris, plusieurs contiennent du pus dans leur épaisseur; la dissection les poursuivant jusque dans la cavité abdominale trouve les ganglions mésentériques également très développés, et quelques-uns en suppuration. Le membre gauche est seulement œdématié; la dissection n'y découvre ni pus dans le tissu cellulaire, ni altération des ganglions lymphatiques. Rougeur, dureté manifestes des ganglions axillaires droits. — *Boite crânienne.* Etat normal du cerveau, du cervelet du mésocéphale, des corps striés, et des couches optiques. Pas de sérosité dans les ventricules; mais entre la pie-mère et l'arachnoïde, il existe en très petite quantité un liquide jaune citron, taché par quelques stries de sang, et de très petits filets de pus très liquide. Le nerf optique à son émergence des couches optiques ne présente aucun changement dans sa coloration; mais sa densité est très remarquable; il crie sous les ciseaux qui en font la section; pas de sérosité infiltrée dans sa gaîne. La muqueuse palpébrale et oculaire s'est affaissée; sa couleur est jaune; le liquide qui en exsude semble être contenu dans des cellules séparées, mais en communication; à l'aide des ciseaux on en enlève plusieurs lamelles. Le globe de l'œil est dur, difficilement compressible; à travers la cornée transparente, devenue terne, se réfléchit une couleur d'un jaune sale; ouvert avec précaution, il laisse échapper de la chambre antérieure une humeur purulente, et au lieu de l'humeur vitrée une notable quantité de pus verdâtre; la couleur, la transparence du cristallin n'ont subi aucune altération; il en est de même du coussinet graisseux sur lequel repose le globe oculaire.— *Poitrine.* Poumon droit. On trouve dans le parenchyme de son lobe supérieur deux cavités, de 1 centimètre d'étendue chacune, contenant du pus sans aucun mélange; à peu de distance, deux corps globuleux, crétacés, comme tuberculeux; engouement très marqué de la partie postérieure de ce globe; en masse il est d'un rouge brun; quelques tranches plongées dans l'eau tombent au fond, et prouvent qu'il a perdu de sa perméabilité. Lobe inférieur du poumon gauche presque hépatisé. Un peu de sérosité dans la cavité plévrale. Cœur, péricarde, à l'état normal.— *Abdomen.* Tunique péritonéale de l'intestin légèrement épaissie, surtout vers la terminaison de l'intestin grêle, et sur le cœcum qui est fortement injecté. Sur plusieurs points sont éparses des taches rouges, et dans l'endroit correspondant la muqueuse ramollie s'est détachée facilement, laissant ainsi la paroi intestinale très mince et transparente. Estomac, reins et vessie à l'état sain. Rate un peu volumineuse, couleur lie de vin, parsemée de plaques superficielles d'une teinte grisâtre; elle est ramollie et s'écrase facilement entre les doigts. Foie d'un volume considérable, très dense. A sa face supérieure, et sur son lobe droit on trouve une plaque très brune, sous laquelle est situé un caillot sanguin de 1 centimètre de diamètre en tous sens. Aucune autre altération.

« Utérus d'un volume à peu près normal, mou au toucher. Trompes rouges; les deux ovaires sont tuméfiés, recouverts d'un enduit purulent, ramollis, mais sans altération notable de leur intérieur. Examinée à sa face interne, la matrice est tapissée par une espèce de bouillie qui est un mélange de pus et de sang en décomposition. On en trouve dans plusieurs veines ou sinus. Le tissu utérin a perdu toute consistance pour ainsi dire, une sérosité sanieuse est exprimée par une pression modérée.— *Articulations* pubienne, et sacro-iliaques, saines. Appareil circulatoire, cœur et artères, à l'état normal. Veines : un caillot considérable situé dans l'oreillette droite se prolonge en haut dans la veine cave supérieure, en bas dans la veine cave inférieure. Sa longueur totale est d'environ 16 centimètres : un second caillot occupe la veine inférieure et se prolonge dans les veines iliaques primitives; il oblitère ces veines dans une étendue de plus de 30 centimètres. Dans la veine poplitée droite existe un autre caillot, offrant dans son intérieur et à sa partie supérieure une couche de pus épais; ces divers caillots obstruent le calibre des veines; en plusieurs points ils leur adhèrent. La membrane interne comme détachée se fixe sur la toile avec laquelle on l'essuie. Les veines du membre

gauche paraissent saines ; il en est de même des veines qui vont se distribuer au globe de l'œil.

« La *phlegmasia alba dolens*, malgré les travaux d'un grand nombre d'observateurs, est une maladie aujourd'hui encore peu connue. Sans nul doute, il y a des siècles qu'elle frappe les femmes en couche, mais à des degrés si divers, et souvent avec des caractères si peu tranchés, qu'elle a pu être tour à tour considérée comme phlegmon, érysipèle, abcès, rhumatisme, métastase laiteuse, etc. Pour les uns elle est rare : ainsi Hull ne l'a observée que quatre fois sur huit mille femmes accouchées ; M. Velpeau, au contraire, l'a rencontrée cinq fois sur quatre-vingts accouchements. Nous-même, nous croyons l'avoir observée dans une proportion plus forte encore, mais alors aussi, on nous aurait peut-être contesté son existence ; on n'y aurait vu qu'un rhumatisme ou un érysipèle phlegmoneux. Quoi qu'il en soit, revenons sur les altérations révélées par l'autopsie que nous venons de tracer. Il est des constitutions puogéniques, pour ainsi dire ; mais à quels indices reconnaître ces fâcheuses organisations ? nous l'ignorons ; nous ne pouvons dès lors en arguer comme cause de la maladie dont a été atteinte la femme Brugnet ; remarquons seulement que pendant une grande partie de sa grossesse elle a été tourmentée par des irritations, que, d'après son dire, nous avons pu rapporter à une subinflammation de l'utérus. Le travail de l'accouchement n'a duré que douze heures, n'a point été accompagné de ces contractions violentes, regardées comme pouvant entraîner la contusion de l'utérus et des parties molles du bassin ; cependant il n'a pu s'accomplir sans qu'il y eût pression exercée sur les vaisseaux et les nerfs pelviens. Remarquons aussi que l'enfant s'est présenté en première position du sommet, et que c'est par le membre droit, c'est-à-dire par le côté opposé, que la maladie a débuté. C'est un fait à opposer à ceux que M. Velpeau a publiés pour expliquer la prédilection de la *phlegmasia alba dolens* pour le membre gauche, vu la plus grande fréquence de la position occipito-cotyloïdienne gauche. La malade n'a commis aucune imprudence, et cette croyance serait-elle erronée, que je n'en persisterai pas moins à penser qu'une prédisposition inconnue dans son essence en a été la cause la plus puissante. La symphyse pubienne a été trouvée intacte et sans la plus légère altération de tissu : il en a été de même des deux articulations sacro-iliaques ; ce n'est donc pas à leur inflammation, dans cette circonstance du moins, qu'il faut rapporter le développement de la maladie qui nous occupe. L'ulcération des parties molles qui recouvrent la région sacrée et l'altération du périoste du sacrum mis à nu, ne peuvent non plus intervenir comme cause primitive des symptômes observés, car la maladie avait atteint un haut degré de gravité lors de leur apparition. De plus, aucune douleur n'a été ressentie ni dans les symphyses ni au sacrum, excepté au moment où la peau a marché vers le sphacèle. Pendant la vie, nous n'avons pu méconnaître l'inflammation des ganglions du membre inférieur et du mésentère ; à l'autopsie nous en avons trouvé des preuves irrécusables. Le système lymphatique a dû par cela même jouer un rôle principal ; reste à savoir s'il s'est enflammé le premier. — Nous ne pouvons nier non plus la présence du pus dans les grandes veines ; des caillots obturaient pour ainsi dire les veines caves, les iliaques du côté gauche et leurs dépendances ; du pus s'est trouvé dans les sinus utérins, sur les ovaires et dans le poumon ; là, en effet, deux abcès ont été constatés. A peu de distance et dans le même lobe, on a trouvé aussi une espèce de concrétion que M. Faure Laubarède a prise pour une tuberculisation commençante, et que j'aimai mieux rapprocher des faits consignés par Dance dans les *Archives générales de médecine ;* encore quelques jours en effet, et cette matière crétacée aurait pu se ramollir et passer ainsi à la troisième période de formation des abcès du poumon dans les cas de phlébite utérine. Ce pus provenait-il d'une lymphangite ? Ceux qui pensent que les ganglions sont une barrière infranchissable au pus repousseront cette origine. La présence du pus dans les veines est-elle ici le signe irréfragable de la phlébite, et l'inflammation des veines utérines est-elle l'unique cause et le point de départ des désordres qui ont tué notre malade ? Un fait encore bien digne de remarque est l'abolition de la vision, graduée de telle sorte, que nous n'avons été conduit à nous en assurer qu'alors qu'elle allait s'éteindre. N'y avait-il pas lieu de croire à une lésion profonde de la portion nerveuse qui y préside, et l'autopsie cependant, malgré l'état *coriace* du nerf optique, ne semble-t-elle pas affirmer que la conversion en pus des humeurs de l'œil en a été la cause première ? — En terminant, nous concluons, quant au fait que nous venons d'exposer ; 1° que les symptômes morbides qui ont accompagné les derniers mois de la grossesse peuvent être rapportés aussi bien à l'irritation des lymphatiques qu'à celle des veines ; 2° que le siége et la marche de l'inflammation prouvent que les ganglions lymphatiques ont été les premiers atteints ; 3° que le pus, d'abord formé dans leur tissu, a été importé de là dans la circulation veineuse, et que nous considérons secondaires les désordres si remarquables présentés par les veines ; 4° que la *phlegmasia alba dolens* est tantôt une angioleucite accompagnée de névrite, tantôt une phlébite, et qu'alors même que le point de départ est aux symphyses, ce sont toujours les lymphatiques ou les veines, et parfois ces deux ordres de vaisseaux qui président à la généralisation de l'infection purulente ; 5° enfin, que le rôle que jouent les lymphatiques dans la production des phénomènes, dont l'ensemble porte le nom de *phlegmasia alba dolens*, est loin d'être aussi secondaire qu'on l'a prétendu dans ces derniers temps. » (Journ. de Méd. de Bordeaux).

Amputation tibio-tarsienne chez un enfant de cinq mois ; *par M. Syme, d'Edimbourg.* — « Je fus appelé, dit l'auteur, par le docteur Charles Bell pour

examiner un petit enfant âgé de cinq mois. A l'époque de la naissance, il présentait une tumeur considérable, de nature érectile, à la partie antérieure du pied : d'abord elle n'augmenta pas beaucoup de volume durant les deux ou trois premiers mois ; mais bientôt elle s'accrut à tel point qu'on ne pouvait reconnaître la forme du pied; ce membre ne présentait plus que l'aspect d'une tumeur difforme et de couleur pourpre. Cependant les téguments du talon étant conservés, il m'a semblé possible d'enlever le mal par la désarticulation complète du pied. Mais le moindre progrès de la tuméfaction venant à nous priver de cette ressource, il ne nous resterait plus que le moyen de l'amputation de la jambe : je pensai donc qu'il fallait agir sans délai, bien qu'aucun antécédent dans la science ne nous autorisât à pratiquer une opération si sérieuse sur un aussi jeune sujet.

«Le 15 janvier, je désarticulai le pied par la méthode ordinaire, sans enlever cependant après les malléoles. La constitution de l'enfant n'a pas paru en souffrir beaucoup ; et la plaie se cicatrisa presque entièrement par première intention. — L'examen du pied a été fait par M. Goodsir, qui en a donné les détails suivants : « Une injection avec le vermillon ayant été faite dans les artères du pied, la peau prit une teinte rouge, excepté dans la portion où elle se trouvait si amincie qu'elle offrait la couleur bleuâtre de la masse morbide sous-jacente. Je fendis alors le pied longitudinalement en deux parts égales. Il s'écoula une grande quantité de sang veineux qui produisit un affaissement de la tumeur. Par un lavage à grande eau, je provoquai la sortie complète du sang, mais sans exercer aucune pression. Les moitiés du pied furent placées dans un bassin rempli d'esprit de vin ; au moyen d'une seringue, je fis pénétrer ce liquide dans les tissus malades, de façon à les distendre et à ramener presque la tumeur à son volume primitif. Lorsque les parties se furent durcies, je pratiquai quelques incisions longitudinales superficielles, évitant la moindre pression, pour en examiner la texture. — Les veines saphène, plantaire et tibiale postérieures étaient considérablement augmentées de volume. Au centre du pied, les veines étaient arrangées en forme de masse celluleuse qui formait la tumeur : la saphène formait une espèce de cavité centrale à la partie supérieure, la partie plantaire une cavité plus grande, ou mieux une aréole centrale à la plante du pied. — Toute la masse était composée d'une réunion d'aréoles de plus en plus petites du centre à la circonférence, la paroi de chacune d'elles étant formée par la membrane interne des veines. — Les parties environnantes de la tumeur n'avaient pas seulement été refoulées par elles, mais elles avaient complétement disparu, et étaient comme détruites par une ulcération de nature maligne : os, ligaments, muscles avaient été détruits par les progrès du mal, la peau seule semblait lui avoir opposé une limite. — Les aréoles qui composent la masse sont de forme allongée et vont en s'irradiant des cavités centrales où elles aboutissent, à la circonférence où elles se terminent en diminuant de calibre. — Le tissu des cloisons qui les sépare est de nature fibreuse ressemblant aux tissus ligamenteux et aponévrotique. Les lames des cloisons et les aréoles sont tapissées par une espèce d'épithélium qui paraît la continuation de la membrane externe des veines qu'on observe dans les cavités centrales formées par la terminaison des veines saphène et plantaire. Elles sont parcourues par de petites artérioles, dont une semble être la continuation de artère tibiale antérieure. Il n'a point été possible de constater la limite des artères et des veines; nous avons supposé que le sang artériel communiquait avec les aréoles veineuses par de petits orifices obliques, comme on l'observe dans la circulation plantaire. » (Lond. and Edimb. m. jour. of med. sc., mai 1845.)

— La science possédait déjà quelques faits d'opérations sanglantes, de hernie étranglée, d'amputation d'un membre comme la cuisse, par exemple, pratiquées sur des enfants nouveaux-nés, et avec succès ; mais ces faits sont en très petit nombre. Aussi ne lira-t-on pas sans un véritable intérêt l'observation ci-dessus de M. Syme. Ce qui est surtout remarquable dans les cas de ce genre, c'est la tolérance très grande de l'organisme de ces petits êtres pour la secousse de l'opération, et la promptitude de la guérison. Dans les conditions ci-dessus, en France, on aurait amputé un peu plus haut que ne l'a fait M. Syme (amputation sus-malléolaire). Peut-être, ce parti eût été plus sage, par la raison que dans les maladies de ce genre on peut s'attendre à une récidive. M. Syme est partisan de l'amputation tibio-tarsienne ; nous avons, dans le temps, rendu compte des opérations de ce genre qu'il avait pratiquées, et nous avons fait remarquer qu'en cela il avait été précédé en France par M. Baudens, qui avait, déjà longtemps avant lui, publié un important mémoire. M. Syme cependant n'aime pas citer, et, dans sa grande habileté tranchante, il croit quelquefois inventer alors qu'il ne fait que copier! Ce défaut, au reste, se rencontre souvent en Angleterre comme en France ; c'est à la presse à le relever. Nous avons vu pratiquer cette opération à M. Baudens, il y a trois ou quatre ans ; nous l'avons répétée nous-même sur le cadavre avec lui ; nous en avons suivi les résultats cliniques, et nous nous étonnons de ne pas la voir jusqu'ici adoptée dans les hôpitaux civils de Paris. Ses avantages sur l'amputation en question sont grands et incontestables, si nous ne nous trompons pas; la routine domine tout, malheureusement, et l'on préfère toujours l'amputation sus-malléolaire.

Névrites. — Le journal *la Clinique* de Montpellier, publie un article intéressant sous le titre de *Recherches expérimentales sur l'inflammation des nerfs*, par M. Dubreuilh, docteur-médecin de Bordeaux. La question à résoudre pour l'auteur était celle-ci : « *L'inflammation de la pulpe nerveuse existe-t-elle réellement?* — Les moyens d'irritation dont il s'est servi ont été variés, les résultats ont aussi été différents; mais presque toujours il a pu constater, avec les personnes qui contrôlaient ses expériences, une inflammation de la substance nerveuse. A chaque expérience, les plus grandes précautions ont été prises pour mettre exactement à nu le nerf à opérer. « Arrivé sur le nerf (dit » l'auteur), je le séparai de tous les tissus environnants, » dans un intervalle de deux centimètres ; je passai » au dessous une sonde cannelée; puis, avec le scalpel, » je détachai le névrilème, et séparai tout à fait ses » faisceaux, etc., etc. »

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. *Cautérisation du nerf sciati-*

que d'un chien avec l'acide nitrique. — Le nerf dénudé fut légèrement touché avec une paille trempée dans l'acide nitrique, de manière à produire une violente irritation du nerf, mais non sa destruction. La douleur fut très vive. La sonde cannelée fut retirée, et le nerf, remis à sa position, prit une teinte grisâtre à l'endroit cautérisé. La plaie fut réunie par quatre points de suture. — Sept heures après l'opération, l'état du nerf fut examiné en présence de messieurs Soulé, Rousset et Dubreuilh père. Ayant détruit les adhérences qui commençaient à exister entre les lèvres de la plaie, on arriva sur le nerf qui était couché au milieu de tissus enflammés. Examiné sur place, il parut rouge, et présentait un point noirâtre au milieu de sa substance, à l'endroit cautérisé. Cette rougeur se prolongeait bien plus vers la partie supérieure que vers l'inférieure. Au point cautérisé il y avait une petite escarrhe noire; cette partie était dépourvue de névrilème et tuméfiée. Examiné à un fort grossissement, le nerf était d'un rouge foncé; le point noir, que l'on apercevait au milieu, était au fond d'une ulcération; autour de cette perte de substance, il existait un cercle inflammatoire plus coloré et de petites fongosités vermeilles; sur le trajet du nerf, on découvrait de petites tumeurs blanches qui simulaient des phyctènes; quelques-unes surmontaient les bords de l'ulcération dans deux autres expériences de l'effet de la cautérisation avec l'acide nitrique et avec le fer rouge.

Après la cautérisation, les autres moyens d'irritation qu'il a employés sont : la *déchirure* des nerfs, la *contusion*, la *ligature*, l'*excision*, l'*introduction des corps étrangers*. L'inflammation produite par ces divers moyens sur la pulpe nerveuse, a été constante à chaque expérience, et les altérations, retracées par une planche qui accompagne le texte, sont remarquables. Tous les animaux qui ont servi aux expériences, ont été sacrifiés, à l'exception d'un seul, qui est mort du tétanos, quatre jours après l'opération. Le but de l'expérimentateur n'était pas de rechercher le mode et la force de réparation des lésions des nerfs, et comme il le dit lui-même, « pour démontrer l'inflammation de » la pulpe nerveuse il faut surprendre l'acte lui-même » quand il présente le plus de violence. » — Chez l'homme, on ne rencontre que très rarement des névrites aussi prononcées que celles que l'auteur a produites directement sur les gros nerfs de quelques animaux, par la raison que le nerf se fixe principalement au névrilème, la pulpe nerveuse n'étant douée que d'une vascularisation très fine, ce qui ne veut pas dire qu'elle ne s'enflamme pas comme la pulpe des centres, d'où elle émane. Dans l'état actuel de la science, la seule névrite, ou plutôt névrilémite, passablement étudiée, est celle qu'on connaît sous le nom de sciatique. Les pathologistes les plus avancés, cependant, regardent aujourd'hui, avec raison, les névralgies en général, sans en exclure le tic douloureux, comme des névrilémites. De là l'indication d'une médication antiphlogistique, basée surtout sur les remèdes hyposthénisants à action élective. Nous savons parfaitement que cette manière de voir est rejetée avec dédain par un grand nombre de praticiens; la tolérance devient donc, comme on le voit, indispensable de part et d'autre.

Maladies organiques de l'estomac. *Diagnostic dans les cas douteux.* — Dans une leçon clinique qu'il vient de publier, le docteur Graves, de Dublin, discute la question de savoir à quels signes on peut présumer, dans les cas douteux, si des vomissements répétés se rattachent à une affection organique, ou simplement fonctionnelle de l'estomac. Il dit bien, *dans les cas douteux*, c'est-à-dire alors que les signes ordinaires des maladies organiques manquent, ce qui n'est pas rare, surtout à une certaine période. Il attache une grande importance à l'acidité de la matière vomie. Toutes les fois, dit-il, que le liquide vomi est très acide, qu'il contient une forte proportion d'acides acétique et hydrochlorique, au point d'agacer les dents du malade, ou même de produire quelquefois une effervescence vive avec la chaux ou la soude, on peut être certain que le mal n'est que fonctionnel. Dans les affections oaganiques, le liquide secrété par la muqueuse de l'estomac n'est presque pas acide, cette membrane étant trop altérée pour pouvoir secréter les deux acides normaux, essentiels à la digestion. M. Graves ne nie pas cependant que dans le début de l'affection squirrheuse de l'estomac, les malades présentent ce qu'il appelle : des indigestions acides; mais les renvois, les éruptations, les vomissements ne sont *constamment* acides que dans la dyspepsie et dans d'autres affections dynamiques de l'estomac. Ces affections s'accompagnent aussi de constipation ordinairement. La maigreur générale n'est pas un signe constant de cancer, car le cadavre de Napoléon Bonaparte offrait, dit-il, un grand embonpoint, malgré que la face interne de son estomac fût presque partout convertie en une masse squirrho-cancéreuse, surtout près du pylore; la seule partie saine était l'extrémité cardiaque, près de la fin de l'œsophage (The med. Times, 5 juillet).

Ictère. Ipécacuanha; *par M. Corrigan, de Dublin.* — Dans ses leçons sur les maladies du foie, insérées dans le *Med. Times*, M. Corrigan a décrit une sorte d'ictère sur lequel les auteurs ont à peine fait mention. « Cette forme d'ictère se rencontre généralement, dit-il, dans la classe pauvre, et plus souvent encore chez les individus de la classe moyenne qui mènent une vie sédentaire. On l'observe chez les marchands qui viennent d'éprouver des pertes d'argent, qui ont fait de mauvaises spéculations; chez les femmes qui s'abandonnent au chagrin par la perte de leur mari ou d'un parent; et d'autres fois sans cause appréciable. L'ictère se déclare subitement; dans l'espace de 30 heures, quelquefois la jaunisse est complète, et cet état se continue ainsi pendant trois jours, trois semaines ou trois mois. Le pouls est régulier dans cette forme de jaunisse, la langue nette, la peau fraîche, l'appétit assez bon généralement, et le patient conserve d'ailleurs sa vivacité et son aplitude ordinaires aux affaires; la seule lésion apparente, c'est la coloration jaune de la peau; la matière des garde-robes est blanche et les urines sont chargées de bile. Tant que la santé générale persiste dans le type normal, on n'a rien à craindre; mais, dès que la tête s'embarrasse, que du délire, du coma survient, le malade est perdu, rien ne peut l'empêcher de succomber, ainsi que vous l'avez vu l'hiver dernier sur un grand nombre d'individus de notre clinique. Je ne me rappelle pas un seul cas de guérison dans ces circonstances. On vous dit dans les livres que l'ictère n'est pas une maladie importante; mais les auteurs n'ont pas décrit celui auquel nous faisons allusion. Toutes les fois, par conséquent, que vous rencontrez la jaunisse

sur une mère de famille, par exemple, dans les circonstances que je viens de vous indiquer, vous vous allarmerez avec raison ; car elle peut succomber en quelques heures. Dans les autopsies que nous avons faites, nous n'avons rien trouvé d'important ni au cerveau, ni au foie, ni à la vésicule biliaire, ni à l'estomac, ni aux insestins. Nous en ignorons complétement la condition pathologique. — J'ai vu des cas nombreux de ce genre être traités sans succès à l'aide de vésicatoires, de sangsues, de purgasifs, des alcalis et de mercuriaux. J'ai connu cependant quelques cas qui avaient été jugés incurables ici, et qui ont été guéris à la campagne par des charlatans, à l'aide de vomitifs ; je me suis décidé à employer ces moyens, et depuis quatre à cinq ans que nous avons adopté cette pratique, nous n'avons pas perdu un seul patient lorsque le mal a été traité à temps, c'est-àdire avant la complication encéphalique. Nous ne prescrivons autre chose qu'un demi gros (2 grammes) d'ipécacuanha tous les deux jours, jusqu'à ce que la jaunisse disparaît. Ce résultat a lieu quelquefois après la seconde administration. Dans quelques cas, l'ipécacuanha produit des garde-robes : aussi n'avez-vous pas besoin de prescrire des purgatifs; mais quand cela n'a pas lieu, donnez un purgatif qui ne colore pas la matière intestinale, la magnésie calcinée, par exemple, ou une décoction d'aloès, afin de vous assurer si la bile a repris son cours dans le canal intestinal. — On ne confondra pas la jaunisse de cause morale que nous venons de décrire avec celle qui se rattache à la présence de calculs biliaires, ou à des maladies chroniques du foie. »

Polype tubulaire du rectum. — M. Elkington a présenté à la Société pathologique de Birmingham un exemple de polype tubulaire du rectum, enlevé sur un enfant de 14 mois. Le patient était souffrant depuis trois mois : il était fréquemment atteint de diarrhée et de vomissements qu'on croyait devoir imputer à la dentition. Lorsqu'il fut examiné par M. Elkington, le 8 mars, on remarquait une petite tumeur faisant issue par le rectum, et qui avait environ un pouce de longueur. On crut d'abord à la présence d'un lombricoïde, dont la tête recourbée venait s'appliquer sur le périnée. En introduisant le doigt dans le rectum, on constata une tumeur de deux à trois pouces de longueur, fixée au côté droit de l'intestin à deux pouces environ de l'orifice de l'anus. C'était la première fois qu'elle faisait saillie hors de l'anus. L'enfant était pâle et agité, tourmenté par les envies de vomir et le ténesme. Le pouls était petit et faible. A l'examen du jour suivant, on remarque au dehors une plus grande portion de la tumeur, ayant entraîné avec elle une portion de l'intestin. Le 10 mars, l'intestin était sorti dans une longueur de trois pouces; tout le polype était au dehors, et l'on vit parfaitement son attache. Il avait une forme conique ; le sommet, c'est-à-dire la partie unie à la membrane muqueuse, était plus mince que sa base. Il semblait implanté au fond d'un cul-de-sac formé par les replis de la membrane muqueuse; mais en étendant cette membrane, on saisissait librement le pédoncule. La tumeur avait la forme tubulaire, et ressemblait à l'appendice cœcale. L'enfant vomissait souvent et poussait sans cesse comme pour aller à la selle, et à chaque effort l'intestin tombait davantage ; le pouls était très faible. Le chirurgien appliqua une ligature et excisa le polype. On fit rentrer la portion d'intestin qui fut maintenue par un tampon et un bandage. Le soulagement fut immédiat; les vomissements et le ténesme cessèrent, et le petit malade commença à se rétablir. En moins d'une semaine, il était en pleine convalescence. Le lendemain de l'opération, il y eut un léger prolapsus du rectum qu'on réduisit facilement. Depuis il n'est survenu aucun accident. (Prov. med. and surg. journ.)

Dyssenterie des camps. Créosote.— Dans une épidémie de dyssenterie qui, en octobre 1844, ravageait mortellement Union-House et ses alentours, malgré le calomel et l'opium que les médecins anglais prodiguent, comme on sait, dans ces cas, le docteur Bramston Wilmot a eu l'idée d'employer des lavements composés chacun de 4 grammes (un gros) de créosote, et 360 grammes (12 onces) d'eau d'amidon et un régime alimentaire substantiel, et l'on s'en est très bien trouvé (Séance du 13 mai de la Société méd.-chir. de Londres).

Musc.— Un chimiste allemand, M. Kallhofert, s'est assuré que la cire jouissait de la singulière propriété de priver le musc de son principe odorant. En étalant un centig. (1/4 de grain) de musc sur un papier parfaitement ciré, son odeur disparaît à l'instant, et l'on peut porter ce papier partout sans qu'on s'aperçoive de l'odeur du musc. En exposant cependant ce papier à la vapeur d'ammoniaque, l'odeur du musc reparaît à l'instant, du moins en grande partie. D'autres substances, telles que le sulfure rouge d'antimoine, certaines émulsions édulcorées, la chaux vive et le soufre précipité, produisent exactement le même effet sur le musc que la cire, elles absorbent le principe odorant ; la chaleur et l'ammoniaque le dégagent de nouveau. L'auteur pense que le principe odorant du musc se dégage par l'action de l'ammoniaque que cette substance contient, et que tout corps, comme les précédents, qui s'approprie l'ammoniaque, fait cesser à l'instant le dégagement odorifère (Buchner's repertorium). Cette découverte est intéressante surtout au point de vue pharmacologique, car on sait par là comment administrer le musc sans en infecter la chambre du malade, dans une émulsion d'amandes, ou en faisant des pilules avec du sucre et de la cire, etc. Il serait intéressant, au reste, de savoir si l'on pourrait faire disparaître l'odeur de musc répandue dans l'atmosphère d'une chambre, en y déposant par exemple quelques feuilles de papier couvert de cire.

Aliénation mentale.— Dans un total de 100 nécropsies, que M. Lawrence a eu l'occasion de faire dans ces dernières années, à l'hôpital des aliénés à Londres (Bethlem hospital), les lésions cérébrales rencontrées se sont trouvées ainsi distribuées : 25 ont présenté des infiltrations dans la pie-mère; 24, une turgescence générale des vaisseaux; 19, un épanchement dans les ventricules ; 12, un épanchement à la base du cerveau ; d'autres ont présenté d'autres lésions. Sur 22, les organes thoraciques étaient malades en même temps que le cerveau. Sur 13, c'étaient les organes abdominaux (Statistics of Bethlem hospital by J. Webster).

Constipation.— On sait que rien n'est plus difficile que de vaincre certaines constipations, malgré qu'il n'y ait pas de lésion organique, pas d'obstruction intestinale, pas d'invagination, pas de fièvre d'ailleurs ; l'intestin se gonfle, ne se contracte pas, et les matières s'y accumulent; le ventre est ballonné, et si la chose se prolonge au-delà de certaines limites, elle peut se terminer fâcheusement. Les purgatifs ordinaires échouent. Nous avons vu deux cas de ce genre à Paris, dont un sur la personne d'un médecin américain,

que nous avons soigné avec MM. les professeurs Andral et Chomel. On a proposé le pompement rectal par le procédé d'O'Beirn, mais qui ne réussit pas toujours. Un médecin de Pensylvanie, le docteur Chapman, dit s'être *constamment* bien trouvé dans les cas de ce genre de la teinture de racine de colchique, à la dose de dix gouttes, répétée plusieurs fois par jour jusqu'à purgation.

Les vieillards impuissants. — « Dans la vieillesse, le testicule s'atrophie et devient flasque par suite de la diminution de capacité des tubes séminifères, et par suite aussi de ce qu'ils renferment une moindre quantité de liqueur spermatique. Il est assez ordinaire de trouver chez les vieillards la tête de l'épididyme altérée ; plusieurs des lobes formés par les vaisseaux efférents sont alors convertis en tissu compacte et de couleur brun jaunâtre. Avec l'âge, les tubes séminifères diminuent de capacité, par suite de la diminution dans l'afflux du sang artériel; ils deviennent jaunes, de rouges qu'ils étaient d'abord, et il arrive souvent qu'un nombre considérable d'entre eux se transforment en de véritables cordons d'apparence ligamenteuse. Souvent, chez les vieillards, on trouve le testicule gauche dans un état variqueux. » (A. Cooper).

TRANSACTIONS ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Nerfs des membranes séreuses.

Dans les séances des 1 et 8 septembre, M. Bourgery a lu un mémoire sur les nerfs des membranes séreuses en général, et sur ceux du péritoine en particulier chez l'homme. En voici les conclusions :

1° Les membranes séreuses, dans lesquelles on n'a jamais reconnu de nerfs, et que tant d'anatomistes distingués ont supposées complétement dépourvues, sont, en anatomie, le tissu qui en contient le plus.

2° Les nervules des membranes séreuses, de 1/10e à 1/50e de millim. de diamètre, y forment un canevas, en général, à plusieurs pans superposés, partout anastomosés à courtes distances, et interceptant de petits espaces polyédriques irréguliers qui n'excèdent guère 1/5e à 1/10e de millimètre.

3° Ces nervules sont renfermés dans des enveloppes de tissu ligamenteux élastique, qui les contiennent, les protégent, et, par l'intrication de leurs fibriles microscopiques, déterminent leurs jonctions mutuelles, sans solution de contiduité de la substance nerveuse; de sorte que l'ensemble offre l'aspect d'un simple réseaux fibreux. C'est à ce canevas qui forme la charpente de la membrane, que celle-ci doit son reflet nacré, sa résistance et son élasticité.

4° Les nerfs d'origine sont indéfféremment de deux sortes, ganglionnaires et cérébro-spinaux. L'espèce de nerf qui s'épanouit dans une région déterminée d'une membrane séreuse, dépend de ceux de la paroi sur laquelle elle s'applique. Ainsi, les nerfs sont fournis par les rameaux rachidiens sur les parois musculaires du tronc, par les plexus extraviscéraux sur la paroi rachidienne, par les uns et les autres dans les espaces intermédiaires communs, où existent les deux espèces de nerfs, et par exemple, dans les dorsales et lombaires, les médiastins, le diaphragme, la paroi abdominale antérieure et le contour du bassin.

5° L'aptitude organique des membranes séreuses à s'approprier ou absorber toute espèce de nerfs, ce que l'on pourrait appeler en quelque sorte leur capacité nerveuse, est telle qu'aucun nerf, quel qu'il soit, cérébro-spinal ou ganglionnaire, et quelle que soit sa destination ultérieure, ne passe au voisinage ou en contact d'une membrane séreuse sans lui fournir des filets. Quand des nerfs différents sont voisins, ils en fournissent de concert; mais à ce que j'ai cru reconnaître, sans être anastomosés avant leur entrée dans la membrane. Dans toutes les observations si nombreuses que j'ai faites et réitérées sur tous les points, je n'ai trouvé aucune exception à ces conditions générales.

6° D'un autre côté, ce que l'on pourrait appeler l'indifférence des nerfs pour leurs modes de terminaison, est telle que, dans les parois du tronc, partout les rameaux se distribuent indistinctement par filaments microscopiques, aux muscles, aux divers tissus mous, et finalement aux séreuses. Ce fait est surtout remarquable et double en quelque sorte d'évidence dans le diaphragme où les rameaux résultant de l'anastomose du phrénique et des filets vasculaires émanés des ganglions cœliaques se rendent également aux fibres musculaires et sur les deux faces des ventres charnus, à l'une et l'autre membrane séreuse, le péritoine et la plèvre. Aucun fait anatomique n'a encore montré plus évidemment que le même nerf se compose de filets destinés à des fonctions différentes.

7° L'aspect des filets de terminaison est invariablement le même que pour chaque espèce de nerfs. Les filaments terminaux des nerfs cérébro-spinaux, qui traversent les enveloppes celluleuses des muscles pour se rendre dans les séreuses, sont de deux sortes. Les uns, nés des nervules superficiels des fibres musculaires du premier plan, sont simples et s'insinuent directement un à un dans la séreuse. Les autres, en aussi grand nombre, sont de petits faisceaux qui émergent entre les fibres musculaires des rameaux plus profonds et s'épanouissent en gerbes dans la séreuse, où ils s'anastomosent immédiatement entre eux et avec les précédents. Tous ces nervules, quoique revêtus d'un névrilème de tissu ligamenteux élastique, sont un peu mous et grisâtres. Ils sont moins solides, moins rigides, et blanchissent un peu moins par leur immersion dans l'eau acidulée que ceux d'origine ganglionnaire, leur enveloppe étant plus mince. Mais une fois entrés dans la séreuse, les conditions changent, le réseau commun prenant au contraire plus de fermeté avec une proportion plus grande de tissu ligamenteux élastique. Ces caractères sont communs à tous les nervules musculaires ou cérébro-spinaux des séreuses, soit des parois thoraco-abdominales, pour le péritoine et la plèvre, soit du crémaster pour la tunique vaginale. Ils montrent que le tissu fibreux élastique n'est pour les nerfs du péritoine et de la plèvre qu'un élément de protection et de solidité propre à donner à la membrane séreuse la résistance et l'élasticité nécessaires pour résister, sans se rompre, aux frottements et aux tractions qu'elle est appelée à subir. Ces nervules, d'origine splanchnique ou ganglionnaire, sont de trois sortes : — *A*. Les nervules splanchniques de la première espèce appartiennent aux grands replis des membranes séreuses, le péritoine et la plèvre. Ce sont les plus forts, ceux qui se présentent le mieux tissés et tramés en un réseau solide. Partout leur résistance, l'épaisseur et l'enchevêtrement à divers plans de leurs filets névrilématiques, sont proportionnés à la mobilité du repli où ils se trouvent, et par conséquent aux efforts de traction qu'ils ont à supporter. Ainsi les réseaux les plus forts sont ceux des feuillets mésentériques, des ligaments péritonéaux du foie, de la rate, de la vessie, du rectum, de l'utérus. Viennent ensuite, pour la plèvre, les réseaux des médiastins, et pour le péritoine, ceux des feuillets de revêtement des reins et de la vessie. — *B*. Les nervules splanchniques de la seconde espèce sont ceux des feuillets viscéraux, formés en général de longs filaments très fins, anastomosés dans un seul plan, et

un seul canevas délié à longues mailles rhomboïdales. — C. Les derniers nerfs ganglionnaires des séreuses sont les nervules gris ou sans enveloppe apparente fibro-élastique.

8° Les nerfs propres du péritoine émanent des six surfaces pariétales et de la grande surface multiloculaire viscérale. Sur les parois latérales et la plus grande partie de la paroi antérieure, les nervules sont uniquement fournis par les rameaux musculaires des six derniers nerfs intercostaux et des deux premiers lombaires. Mais au milieu de la paroi antérieure ils sont coupés par une chaîne splanchnique, origine de nervules péritonéaux ganglionnaires et composés de deux plexus.

9° Les nervules péritonéaux, tant cérébro-spinaux que ganglionnaires, sont faciles à voir au microscope ou à la loupe, à des grossissements de 3 à 10 diamètres sur des pièces qui ont macéré dans l'eau acidulée avec 1[100 à 1[200e d'acide azotique.

FAITS CRITIQUES.

L'hygiène de la boucherie. — Dans un écrit que M. Parisot vient de traduire de l'allemand et de dédier à M. Pariset, et intitulé : « *Rapport d'une commission de l'association bavaroise, pour la répression des sévices exercés contre les animaux, sur le transport des veaux destinés à la boucherie, et l'influence pernicieuse sur la santé publique de la viande d'animaux liés et garottés pendant leur transport* » on lit des remarques sur lesquelles les médecins ne sauraient trop fixer leur attention. La société s'est occupée, dans ce travail, des conséquences de cet usage barbare, qu'on voit encore subsister à Paris, de transporter les veaux vivants aux marchés et à la boucherie, attachés, garottés des quatre pieds, couchés, entassés en grand nombre les uns sur les autres, dans des voitures, leurs têtes pendantes et exposés ainsi pendant un voyage plus ou moins long, au soleil, à la faim, à la soif, aux cahots continus et prolongés, propres à déterminer des congestions vers le cerveau, des stases sanguines, des échymoses, des apoplexies, de l'œdème au cuir céphalique, du gonflement aux pieds, avec de la fièvre, et par suite une altération plus ou moins grande de la viande. Voyez, en effet, les cris de douleur, les mugissements plaintifs, haletants que ces pauvres bêtes laissent exhaler pendant leur voyage, sans boisson, sans nourriture aucune !! Par suite de cet usage, la viande qu'on considère comme légère, et qu'on prescrit aux convalescents, aux sujets délicats, se trouve précisément dans des conditions maladives et occasionne des accidents. Quelle gélée, en effet, peut-on faire avec de pareils pieds de veaux, œdémateux, gonflés, échymosés? Quelle sûreté peut-on avoir en laissant manger d'une cervelle apoplectique, d'une tête de veau œdémateuse? Et la viande elle-même d'un animal ainsi torturé, malade, n'offre-t-elle pas des conditions délétères? La commission de Bavière, composée de médecins, de vétérinaires, de naturalistes et d'administrateurs éclairés, s'est livrée à des expériences comparatives sur des veaux transportés, garottés, et sur d'autres, transportés libres et debouts dans des grands chariots à compartiments multiples, où chaque animal était resté à l'aise, avait de la paille pour se coucher et de l'eau pour boire; elle est arrivée à la constatation des faits suivants : « Nous avons tous pu constater, dit le rapport, que les veaux qui nous sont arrivés en liberté étaient tous dispos et bien portants, et ont fourni une viande *blanche, succulente*, offrant de la consistance et un aspect appétissant; tandis que, au contraire, celle provenant de veaux qui avaient été liés, s'est presque constamment trouvée de nature maladive, souvent même à l'état acide, flasque et passant bien plus vite à la décomposition. Nous constatons que presque aucun des veaux liés, n'arrive, surtout ceux qui ont été garottés, après un trajet de plusieurs lieues, sans être dans un état de fièvre plus ou moins prononcée. Enfin, un même morceau de viande d'un veau sain, pèse plus que celui d'un veau qui a été malade, ce qui est généralement une conséquence des tortures éprouvées pendant la route. »

« Des milliers d'hommes de toutes conditions et de toutes les classes, sains et malades, depuis le roi jusqu'au mendiant, et particulièrement les habitants des villes, sont, ajoute le rapport, trompés par les bouchers, qui les obligent de consommer de la viande indigeste, malsaine, et disposée à la corruption, parce que les animaux dont elle provient, arrivent aux abattoirs, échauffés, harassés, dans un état de torture et de fièvre, enfin, plutôt morts que vivants. » — Par suite de ce rapport, des mesures ont été prises par l'autorité bavaroise et adoptées par les bouchers, pour le transport des veaux à l'état libre, dans des voitures cellulaires, figurées dans le travail de la commission, et les résultats déjà obtenus sont des plus satisfaisants. Ce mode de transport n'est guère dispendieux à ce qu'il paraît, et il serait bien à désirer qu'il fût introduit partout. Cet usage existe bien à la vérité, pour les ânesses laitières qu'on voit chaque matin parcourir les différents quartiers de Paris, sur des voitures traînées par des chevaux; mais c'est moins par mesure d'humanité que par calcul des nourrisseurs, car on sait que les longues marches font diminuer la secrétion du lait, ainsi que l'embonpoint.

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène de la digestion, *suivie d'un nouveau dictionnaire des aliments; par M. le Dr Paul Gaubert, méd. du ministère de l'intérieur*, etc. Un vol. in-8° de 552 pages. Paris 1845. Au dépôt de la librairie, rue Thérèse, n° 11. — L'auteur ouvre son livre par une sorte de profession de foi dans laquelle il fait de suite connaître les principes qu'il a pris pour guide dans ce travail. « Sous l'influence de la force vitale, principe insaisissable et préexistant aux organes, l'homme se développe, dit-il, dans la forme qui lui est propre, comme se développent, sous la même influence, tous les êtres organisés vivants. La nature du principe vivifiant, les lois immuables d'après lesquelles il dispose des éléments matériels, échappent à nos recherches; mais à quelque degré de développement que nous observions l'homme, nous retrouvons dans les nombreux instruments qui composent son corps, dans les nombreuses fonctions qui exécutent les mouvements vitaux, l'empreinte ineffaçable de la force première, et le caractère d'unité qui paraît être son essence. » — Dans une époque où les fonctions de l'organisme sain ou malade de l'homme sont assimilées par des médecins qui régissent l'enseignement des règles de notre art, à quelques opérations de mécanique, on peut relever comme une sorte de protestation ou d'acte d'indépendance les paroles précédentes, qui énoncent des principes conformes à la saine physiologie et que quelques savants paraissent vouloir oublier ou méconnaître de nos jours. M. Gaubert, qui s'est formé à la grande école de Broussais, est resté, comme on le voit, fidèle aux principes dynamiques, et c'est à ce point de vue qu'il a composé son livre; nous l'en félicitons. — Sous le titre d'*Hygiène de la digestion*, l'auteur n'a pas voulu comprendre uniquement ce qui est relatif au boire et au manger, ainsi qu'on pourrait se l'imaginer; il a considéré son sujet sous le rapport le plus large, le plus élevé, et mis pour ainsi dire à contribution

toute l'hygiène dans l'étude d'un seul appareil. « Nous voulons, dit-il, présenter la régularisation de tous les appareils, les conditions connues de la santé générale, de la santé complète, par la sage direction de l'une des grandes fonctions. Voilà notre sujet, tout notre sujet. Cette manière indirecte de tracer les règles d'une hygiène générale nous paraît plus pratique que la direction des différentes fonctions, prises une à une. » C'est une sorte de spécialité, une véritable monographie, aussi complète, aussi approfondie que le comportait l'état actuel de la science, que l'auteur a voulu présenter. M. Gaubert s'est surtout aidé, dans ses recherches, des meilleurs travaux récents, soit chimiques, soit physiologiques, qu'il s'est efforcé de ramener à des équations pratiques. On prévoit déjà qu'il s'agit d'un livre sérieux, et c'est avec une vive satisfaction que nous l'avons lu. — L'ouvrage dont nous rendons compte est divisé en trois parties. La première est consacrée à l'étude du mécanisme de la digestion. L'auteur l'a réduite en propositions aphoristiques, au nombre de dix-sept, dont chacune est suivie de commentaires ; c'est en quelque sorte la partie philosophique de son travail : elle se prête peu à l'analyse. Citons seulement quelques faits consignés dans les commentaires, et d'abord relatifs à l'abstinence. « Des belles expériences de M. Chossat, nous pouvons conclure que la perte des quatre dixièmes de son poids est une limite au delà de laquelle tout animal trouverait une mort inévitable. Ni l'action du calorique, ni celle des aliments, combinés ou isolés, ne peuvent la conjurer. Nous appelons toute l'attention des praticiens sur ces effets extrêmes de l'abstinence ; ils montrent combien il est important à la fin des maladies aiguës qui ont amené de grandes pertes, soit à cause de leur durée, soit à cause de l'excessive activité imprimée aux mouvements vitaux, de saisir le moment où le retour aux aliments peut avoir lieu. Une diète trop longtemps prolongée à cette époque a souvent jeté l'organisme dans un état où tout mouvement de réparation devenait impossible. La mort a saisi le malade véritablement guéri, selon l'expression d'un savant professeur. Nous observons souvent à la suite des maladies aiguës, une certaine nature de chaleur et de fréquence du pouls que calme rapidement le retour aux aliments, etc. » Dans le commentaire de la XIe proposition, qui est relative à la digestion, on lit le passage suivant : « Si l'on considère les différents modes d'action du suc gastrique sur les matières animales et végétales, on comprendra comment il arrive que souvent des matières très faciles à digérer en apparence, restent tout à fait réfractaires aux vertus dissolvantes et diluantes du suc gastrique, tandis que d'autres matières, beaucoup plus dures, plus résistantes, cèdent facilement à sa puissance. Un grain de raisin, une cerise, un petit pois non divisés, la fécule non éclatée traversant l'estomac sans avoir reçu du suc gastrique aucune atteinte notable à leur constitution ; un morceau de bœuf, au contraire, une tranche de mouton, un fragment d'os même ne pourront séjourner quelques heures dans l'estomac sans une entière dissociation de leurs parties. Ces faits, en apparence contradictoires, s'expliqueront facilement par les principes qui résultent de nos études précédentes; ainsi le grain de raisin, la cerise contenant la matière soluble et pulpeuse dans une enveloppe ligneuse (la pellicule qui recouvre ces fruits), entièrement réfractaire à l'action du suc gastrique, persistent dans l'état d'intégrité, tandis que la matière soluble ou palpable de la chair, de l'os, envahie de toutes parts par le même suc, est entraînée par sa puissance, et la dissociation est irrévocable. » Dans ce même commentaire, l'auteur combat avec raison, les prétentions des savants qui réduisent les actes de la digestion à des phénomènes de chimie de laboratoire, et méconnaissent les transformations que la matière subit sous l'influence du dynamisme vivant. — La seconde partie a pour sujet les règles de l'hygiène de la digestion, telles qu'elles conviennent à chaque climat, à chaque saison, à chaque tempérament, à chaque sexe, aux différents âges, enfin aux constitutions maladives. Cette section renferme des détails et des faits d'un grand intérêt : leur lecture est aussi instructive qu'entraînante. — Vient enfin la troisième partie qui est consacrée à un dictionnaire raisonné des aliments, au point de vue hygiénique. Les seuls énoncés qui précèdent font déjà pressentir que le livre de M. Gaubert est une œuvre grave, élaborée de longue main et qui sera lue avantageusement par les médecins et par toutes les personnes qui s'occupent d'hygiène humaine ou comparée.

Histoire des membres de l'Académie royale de médecine, par M. Pariset. *Deux vol. in-12. Paris*, 1845. *Chez J.-B. Baillère, libraire.* — Sous ce titre, le célèbre secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine a rassemblé les travaux qu'il fit officiellement dans le cours des vingt dernières années, sous le titre d'*Eloges*, relatifs aux grands hommes qui ont honoré la science des 18e et 19e siècles, tels que Corvisart, Cuvier, Berthollet, Vauquelin, Bichat, Dupuytren, Laënnec, Scarpa, etc., et qui ont tous appartenu à l'Académie. Faire la biographie de ces grands hommes, c'est esquisser à grands traits l'état de la science de leur siècle. C'est déjà faire pressentir qu'une pareille entreprise est des plus ardues, et partant, d'une haute importance lorsqu'elle est exécutée par un historien éminent, capable de dominer son sujet. Nous ne croyons pas exagérer en disant que le travail monumental de M. Pariset sera lu dans dix siècles avec autant d'entraînement qu'aujourd'hui. N'en est-ce pas ainsi des œuvres de Plutarque? M. Pariset a dédié son ouvrage à son jeune ami, le docteur Flandin ; cette dédicace, en 19 pages, est un chef-d'œuvre de haute philosophie et de faits pratiques sur l'utilité des académies.

ANNONCES.

De la Pellagre, de son origine, de ses progrès, de son existence en France, de ces causes et de son traitement curatif et préservatif ; par M. le docteur T. Roussel. Un vol. in-8° de 376 pag. Paris, 1845, au bureau de l'encyclographie médicale, 7, rue neuve de l'Université.

Traité de l'Art de formuler, par le docteur Mialhe. Un vol. in-12, de 526 pag. Paris, chez Fortin, Masson et Cie. lib. place de l'Ecole de méd., n° 1.

Vade mecum du médecin praticien, par MM. Amédée Moure et Henry Martin. Un vol. in-12 de 628 pag. Paris, 1845. Ibidem.

Du Hachisch et de l'Aliénation mentale. Etudes physiologiques ; par M. Moreau de Tours, médecin de l'hospice de Bicêtre. Un vol. in-8° de 431 pag. Ibidem.

Memoire sur l'insufflation de l'air dans les voies aeriennes, par M. le docteur Depaul.

Memoires sur les calculs des fosses nasales; par M. Demarquay, aide d'anat. à la Fac. de Méd. de Paris, interne des hôpitaux.

Lettre sur la syphilis ; par M. le docteur Ratier. broch. in-8° de 68 pag.

Paris. — Imprimerie de LACOUR et C.,
rue St-Hyacinthe-St-Michel, 33.

la peau est de couleur lie de vin. Le 12, pouls assez calme, impossibilité absolue de remuer les membres inférieurs; même état du bras, de la langue, de l'abdomen qui reste indolent; insensibilité du pubis sous la pression (Eau vineuse; décoction de quinquina acidulée, trois verrées; cataplasmes vineux aux jambes, flanelle camphrée sur le bras; saupoudrez le sacrum avec poudre de quinquina camphré). Le 14, hébétude très prononcée, et jusqu'au 18, même état des deux jambes; le bras cesse alors d'être douloureux; du pus en quantité couvre le cataplasme, une incision lui donne issue; l'escarrhe du sacrum est comme tannée, n'a pas augmenté; la langue est rouge, soif vive, pouls fébrile. La malade éprouve beaucoup de difficulté à soulever la paupière supérieure gauche, deux heures après il y a impossibilité; dans la soirée la paupière de l'œil droit subit la même atteinte, on croit remarquer une diminution dans la fonction visuelle, et à ma visite du soir la malade ne perçoit pas l'éclat d'une lumière promenée aussi près que possible du globe oculaire (Limonade citrique, décoction de quinquina acidulée, pansement *ad usum*, bouillon vineux, vésicatoire à la nuque). Le 18, nuit assez bonne, *facies* meilleur, œdème considérable de la muqueuse palpébrale et oculaire; un bourrelet déborde le bord libre de la paupière supérieure et inférieure gauche; il est limité sur le globe de l'œil, à la cornée transparente devenue terne, et autour de laquelle il proémine d'une ligne environ; œdème commençant du bord libre et inférieur de la paupière supérieure droite. La jambe gauche a repris son volume naturel; suppuration abondante de la jambe droite (*Ut supra*, pansement du vésicatoire, compression de la jambe droite). Le 19, pouls fébrile, la muqueuse palpébrale soulevée, étranglée çà et là, éraillée en plusieurs points, laisse suinter une sérosité jaunâtre. Les 20 et 21, peu de changement dans l'état de la malade, cependant l'appétit se développe (Même traitement; deux bouillons à la reine). Dans la nuit du 21, le visage se colore, le pouls s'accélère; à la visite du matin 22, il y a de la fièvre, une intermittence très irrégulière dans les pulsations du cœur; la respiration est gênée; râle crépitant au sommet du poumon droit, plus marqué à gauche. Jusqu'au 23, les symptômes vont croissant; le pouls devient filiforme, les sinapismes et vésicatoires n'ont pas rubéfié la peau. Mort le 23 à trois heures du soir.

« *Autopsie.*— A l'autopsie faite le lendemain, dix-huit heures après la mort, et sous nos yeux, par M. Faure Laubarède, étudiant en médecine, nous avons observé ce qui suit : — *Etat extérieur.* Bien que la mort ne date que de peu d'heures, le cadavre exhale une odeur très fétide de matières animales en décomposition. Les extrémités inférieures sont volumineuses, infiltrées. Au sacrum existe une ulcération gangréneuse; l'os apparaît d'un gris noirâtre rempli de pus, et à 2 centimètres de profondeur. La dissection de la peau dans toute l'étendue du membre droit met à nu le tissu cellulaire raréfié, grisâtre, imbibé de liquide, ou comme fondu en sérosité; à la partie moyenne et interne de la jambe droite, sur le point où a apparu et s'est ouverte la phlyctène, un pus fétide et de couleur sale et infiltré dans les mailles de ce tissu. Les ganglions poplités, inguinaux, sont durs, développés, d'un blanc gris, plusieurs contiennent du pus dans leur épaisseur; la dissection les poursuivant jusque dans la cavité abdominale trouve les ganglions mésentériques également très développés, et quelques-uns en suppuration. Le membre gauche est seulement œdématié; la dissection n'y découvre ni pus dans le tissu cellulaire, ni altération des ganglions lymphatiques. Rougeur, dureté manifestes des ganglions axillaires droits. — *Boite crânienne.* Etat normal du cerveau, du cervelet du mésocéphale, des corps striés, et des couches optiques. Pas de sérosité dans les ventricules; mais entre la pie-mère et l'arachnoïde, il existe en très petite quantité un liquide jaune citron, taché par quelques stries de sang, et de très petits filets de pus très liquide. Le nerf optique à son émergence des couches optiques ne présente aucun changement dans sa coloration; mais sa densité est très remarquable; il crie sous les ciseaux qui en font la section; pas de sérosité infiltrée dans sa gaîne. La muqueuse palpébrale et oculaire s'est affaissée; sa couleur est jaune; le liquide qui en exsude semble être contenu dans des cellules séparées, mais en communication; à l'aide des ciseaux on en enlève plusieurs lamelles. Le globe de l'œil est dur, difficilement compressible; à travers la cornée transparente, devenue terne, se réfléchit une couleur d'un jaune sale; ouvert avec précaution, il laisse échapper de la chambre antérieure une humeur purulente, et au lieu de l'humeur vitrée une notable quantité de pus verdâtre; la couleur, la transparence du cristallin n'ont subi aucune altération; il en est de même du coussinet graisseux sur lequel repose le globe oculaire.— *Poitrine.* Poumon droit. On trouve dans le parenchyme de son lobe supérieur deux cavités, de 1 centimètre d'étendue chacune, contenant du pus sans aucun mélange; à peu de distance, deux corps globuleux, crétacés, comme tuberculeux; engouement très marqué de la partie postérieure de ce globe; en masse il est d'un rouge brun; quelques tranches plongées dans l'eau tombent au fond, et prouvent qu'il a perdu de sa perméabilité. Lobe inférieur du poumon gauche presque hépatisé. Un peu de sérosité dans la cavité plévrale. Cœur, péricarde, à l'état normal.— *Abdomen.* Tunique péritonéale de l'intestin légèrement épaissie, surtout vers la terminaison de l'intestin grêle, et sur le cœcum qui est fortement injecté. Sur plusieurs points sont éparses des taches rouges, et dans l'endroit correspondant la muqueuse ramollie s'est détachée facilement, laissant ainsi la paroi intestinale très mince et transparente. Estomac, reins et vessie à l'état sain. Rate un peu volumineuse, couleur lie de vin, parsemée de plaques superficielles d'une teinte grisâtre; elle est ramollie et s'écrase facilement entre les doigts. Foie d'un volume considérable, très dense. A sa face supérieure, et sur son lobe droit on trouve une plaque très brune, sous laquelle est situé un caillot sanguin de 1 centimètre de diamètre en tous sens. Aucune autre altération.

« Utérus d'un volume à peu près normal, mou au toucher. Trompes rouges; les deux ovaires sont tuméfiés, recouverts d'un enduit purulent, ramollis, mais sans altération notable de leur intérieur. Examinée à sa face interne, la matrice est tapissée par une espèce de bouillie qui est un mélange de pus et de sang en décomposition. On en trouve dans plusieurs veines ou sinus. Le tissu utérin a perdu toute consistance pour ainsi dire, une sérosité sanieuse est exprimée par une pression modérée.— *Articulations* pubienne, et sacro-iliaques, saines. Appareil circulatoire, cœur et artères, à l'état normal. Veines : un caillot considérable situé dans l'oreillette droite se prolonge en haut dans la veine cave supérieure, en bas dans la veine cave inférieure. Sa longueur totale est d'environ 16 centimètres : un second caillot occupe la veine inférieure et se prolonge dans les veines iliaques primitives; il oblitère ces veines dans une étendue de plus de 30 centimètres. Dans la veine poplitée droite existe un autre caillot, offrant dans son intérieur et à sa partie supérieure une couche de pus épais; ces divers caillots obstruent le calibre des veines; en plusieurs points ils leur adhèrent. La membrane interne comme détachée se fixe sur la toile avec laquelle on l'essuie. Les veines du membre

gauche paraissent saines ; il en est de même des veines qui vont se distribuer au globe de l'œil.

« La *phlegmasia alba dolens*, malgré les travaux d'un grand nombre d'observateurs, est une maladie aujourd'hui encore peu connue. Sans nul doute, il y a des siècles qu'elle frappe les femmes en couche, mais à des degrés si divers, et souvent avec des caractères si peu tranchés, qu'elle a pu être tour à tour considérée comme phlegmon, érysipèle, abcès, rhumatisme, métastase laiteuse, etc. Pour les uns elle est rare : ainsi Hull ne l'a observée que quatre fois sur huit mille femmes accouchées ; M. Velpeau, au contraire, l'a rencontrée cinq fois sur quatre-vingts accouchements. Nous-même, nous croyons l'avoir observée dans une proportion plus forte encore, mais alors aussi, on nous aurait peut-être contesté son existence ; on n'y aurait vu qu'un rhumatisme ou un érysipèle phlegmoneux. Quoi qu'il en soit, revenons sur les altérations révélées par l'autopsie que nous venons de tracer. Il est des constitutions puogéniques, pour ainsi dire ; mais à quels indices reconnaître ces fâcheuses organisations ? nous l'ignorons ; nous ne pouvons dès lors en arguer comme cause de la maladie dont a été atteinte la femme Brugnet ; remarquons seulement que pendant une grande partie de sa grossesse elle a été tourmentée par des irritations, que, d'après son dire, nous avons pu rapporter à une subinflammation de l'utérus. Le travail de l'accouchement n'a duré que douze heures, n'a point été accompagné de ces contractions violentes, regardées comme pouvant entraîner la contusion de l'utérus et des parties molles du bassin ; cependant il n'a pu s'accomplir sans qu'il y eût pression exercée sur les vaisseaux et les nerfs pelviens. Remarquons aussi que l'enfant s'est présenté en première position du sommet, et que c'est par le membre droit, c'est-à-dire par le côté opposé, que la maladie a débuté. C'est un fait à opposer à ceux que M. Velpeau a publiés pour expliquer la prédilection de la *phlegmasia alba dolens* pour le membre gauche, vu la plus grande fréquence de la position occipito-cotyloïdienne gauche. La malade n'a commis aucune imprudence, et cette croyance serait-elle erronée, que je n'en persisterai pas moins à penser qu'une prédisposition inconnue dans son essence en a été la cause la plus puissante. La symphyse pubienne a été trouvée intacte et sans la plus légère altération de tissu : il en a été de même des deux articulations sacro-iliaques ; ce n'est donc pas à leur inflammation, dans cette circonstance du moins, qu'il faut rapporter le développement de la maladie qui nous occupe. L'ulcération des parties molles qui recouvrent la région sacrée et l'altération du périoste du sacrum mis à nu, ne peuvent non plus intervenir comme cause primitive des symptômes observés, car la maladie avait atteint un haut degré de gravité lors de leur apparition. De plus, aucune douleur n'a été ressentie ni dans les symphyses ni au sacrum, excepté au moment où la peau a marché vers le sphacèle. Pendant la vie, nous n'avons pu méconnaître l'inflammation des ganglions du membre inférieur et du mésentère ; à l'autopsie nous en avons trouvé des preuves irrécusables. Le système lymphatique a dû par cela même jouer un rôle principal ; reste à savoir s'il s'est enflammé le premier. — Nous ne pouvons nier non plus la présence du pus dans les grandes veines ; des caillots obturaient pour ainsi dire les veines caves, les iliaques du côté gauche et leurs dépendances ; du pus s'est trouvé dans les sinus utérins, sur les ovaires et dans le poumon ; là, en effet, deux abcès ont été constatés. A peu de distance et dans le même lobe, on a trouvé aussi une espèce de concrétion que M. Faure Laubarède a prise pour une tuberculisation commençante, et que j'aimai mieux rapprocher des faits consignés par Dance dans les *Archives générales de médecine ;* encore quelques jours en effet, et cette matière crétacée aurait pu se ramollir et passer ainsi à la troisième période de formation des abcès du poumon dans les cas de phlébite utérine. Ce pus provenait-il d'une lymphangite ? Ceux qui pensent que les ganglions sont une barrière infranchissable au pus repousseront cette origine. La présence du pus dans les veines est-elle ici le signe irréfragable de la phlébite, et l'inflammation des veines utérines est-elle l'unique cause et le point de départ des désordres qui ont tué notre malade ? Un fait encore bien digne de remarque est l'abolition de la vision, graduée de telle sorte, que nous n'avons été conduit à nous en assurer qu'alors qu'elle allait s'éteindre. N'y avait-il pas lieu de croire à une lésion profonde de la portion nerveuse qui y préside, et l'autopsie cependant, malgré l'état *coriace* du nerf optique, ne semble-t-elle pas affirmer que la conversion en pus des humeurs de l'œil en a été la cause première ? — En terminant, nous concluons, quant au fait que nous venons d'exposer ; 1° que les symptômes morbides qui ont accompagné les derniers mois de la grossesse peuvent être rapportés aussi bien à l'irritation des lymphatiques qu'à celle des veines ; 2° que le siége et la marche de l'inflammation prouvent que les ganglions lymphatiques ont été les premiers atteints ; 3° que le pus, d'abord formé dans leur tissu, a été importé de là dans la circulation veineuse, et que nous considérons secondaires les désordres si remarquables présentés par les veines ; 4° que la *phlegmasia alba dolens* est tantôt une angioleucite accompagnée de névrite, tantôt une phlébite, et qu'alors même que le point de départ est aux symphyses, ce sont toujours les lymphatiques ou les veines, et parfois ces deux ordres de vaisseaux qui président à la généralisation de l'infection purulente ; 5° enfin, que le rôle que jouent les lymphatiques dans la production des phénomènes, dont l'ensemble porte le nom de *phlegmasia alba dolens*, est loin d'être aussi secondaire qu'on l'a prétendu dans ces derniers temps. » (Journ. de Méd. de Bordeaux).

Amputation tibio-tarsienne chez un enfant de cinq mois ; *par M. Syme, d'Edimbourg.* — « Je fus appelé, dit l'auteur, par le docteur Charles Bell pour

examiner un petit enfant âgé de cinq mois. A l'époque de la naissance, il présentait une tumeur considérable, de nature érectile, à la partie antérieure du pied : d'abord elle n'augmenta pas beaucoup de volume durant les deux ou trois premiers mois ; mais bientôt elle s'accrut à tel point qu'on ne pouvait reconnaître la forme du pied; ce membre ne présentait plus que l'aspect d'une tumeur difforme et de couleur pourpre. Cependant les téguments du talon étant conservés, il m'a semblé possible d'enlever le mal par la désarticulation complète du pied. Mais le moindre progrès de la tuméfaction venant à nous priver de cette ressource, il ne nous resterait plus que le moyen de l'amputation de la jambe : je pensai donc qu'il fallait agir sans délai, bien qu'aucun antécédent dans la science ne nous autorisât à pratiquer une opération si sérieuse sur un aussi jeune sujet.

«Le 15 janvier, je désarticulai le pied par la méthode ordinaire, sans enlever cependant après les malléoles. La constitution de l'enfant n'a pas paru en souffrir beaucoup ; et la plaie se cicatrisa presque entièrement par première intention. — L'examen du pied a été fait par M. Goodsir, qui en a donné les détails suivants : « Une injection avec le vermillon ayant été faite dans les artères du pied, la peau prit une teinte rouge, excepté dans la portion où elle se trouvait si amincie qu'elle offrait la couleur bleuâtre de la masse morbide sous-jacente. Je fendis alors le pied longitudinalement en deux parts égales. Il s'écoula une grande quantité de sang veineux qui produisit un affaissement de la tumeur. Par un lavage à grande eau, je provoquai la sortie complète du sang, mais sans exercer aucune pression. Les moitiés du pied furent placées dans un bassin rempli d'esprit de vin ; au moyen d'une seringue, je fis pénétrer ce liquide dans les tissus malades, de façon à les distendre et à ramener presque la tumeur à son volume primitif. Lorsque les parties se furent durcies, je pratiquai quelques incisions longitudinales superficielles, évitant la moindre pression, pour en examiner la texture. — Les veines saphène, plantaire et tibiale postérieures étaient considérablement augmentées de volume. Au centre du pied, les veines étaient arrangées en forme de masse celluleuse qui formait la tumeur : la saphène formait une espèce de cavité centrale à la partie supérieure, la partie plantaire une cavité plus grande, ou mieux une aréole centrale à la plante du pied. — Toute la masse était composée d'une réunion d'aréoles de plus en plus petites du centre à la circonférence, la paroi de chacune d'elles étant formée par la membrane interne des veines. — Les parties environnantes de la tumeur n'avaient pas seulement été refoulées par elles, mais elles avaient complétement disparu, et étaient comme détruites par une ulcération de nature maligne : os, ligaments, muscles avaient été détruits par les progrès du mal, la peau seule semblait lui avoir opposé une limite. — Les aréoles qui composent la masse sont de forme allongée et vont en s'irradiant des cavités centrales où elles aboutissent, à la circonférence où elles se terminent en diminuant de calibre. — Le tissu des cloisons qui les sépare est de nature fibreuse ressemblant aux tissus ligamenteux et aponévrotique. Les lames des cloisons et les aréoles sont tapissées par une espèce d'épitélium qui paraît la continuation de la membrane externe des veines qu'on observe dans les cavités centrales formées par la terminaison des veines saphène et plantaire. Elles sont parcourues par de petites artérioles, dont une semble être la continuation de artère tibiale antérieure. Il n'a point été possible de constater la limite des artères et des veines; nous avons supposé que le sang artériel communiquait avec les aréoles veineuses par de petits orifices obliques, comme on l'observe dans la circulation plantaire. » (Lond. and Edimb. m. jour. of med. sc., mai 1845.)

— La science possédait déjà quelques faits d'opérations sanglantes, de hernie étranglée, d'amputation d'un membre comme la cuisse, par exemple, pratiquées sur des enfants nouveaux-nés, et avec succès ; mais ces faits sont en très petit nombre. Aussi ne lira-t-on pas sans un véritable intérêt l'observation ci-dessus de M. Syme. Ce qui est surtout remarquable dans les cas de ce genre, c'est la tolérance très grande de l'organisme de ces petits êtres pour la secousse de l'opération, et la promptitude de la guérison. Dans les conditions ci-dessus, en France, on aurait amputé un peu plus haut que ne l'a fait M. Syme (amputation sus-malléolaire). Peut-être, ce parti eût été plus sage, par la raison que dans les maladies de ce genre on peut s'attendre à une récidive. M. Syme est partisan de l'amputation tibio-tarsienne ; nous avons, dans le temps, rendu compte des opérations de ce genre qu'il avait pratiquées, et nous avons fait remarquer qu'en cela il avait été précédé en France par M. Baudens, qui avait, déjà longtemps avant lui, publié un important mémoire. M. Syme cependant n'aime pas citer, et, dans sa grande habileté tranchante, il croit quelquefois inventer alors qu'il ne fait que copier! Ce défaut, au reste, se rencontre souvent en Angleterre comme en France ; c'est à la presse à le relever. Nous avons vu pratiquer cette opération à M. Baudens, il y a trois ou quatre ans ; nous l'avons répétée nous-même sur le cadavre avec lui ; nous en avons suivi les résultats cliniques, et nous nous étonnons de ne pas la voir jusqu'ici adoptée dans les hôpitaux civils de Paris. Ses avantages sur l'amputation en question sont grands et incontestables, si nous ne nous trompons pas; la routine domine tout, malheureusement, et l'on préfère toujours l'amputation sus-malléolaire.

Névrites. — Le journal *la Clinique* de Montpellier, publie un article intéressant sous le titre de *Recherches expérimentales sur l'inflammation des nerfs*, par M. Dubreuilh, docteur-médecin de Bordeaux. La question à résoudre pour l'auteur était celle-ci : « *L'inflammation de la pulpe nerveuse existe-t-elle réellement?* — Les moyens d'irritation dont il s'est servi ont été variés, les résultats ont aussi été différents; mais presque toujours il a pu constater, avec les personnes qui contrôlaient ses expériences, une inflammation de la substance nerveuse. A chaque expérience, les plus grandes précautions ont été prises pour mettre exactement à nu le nerf à opérer. « Arrivé sur le nerf (dit » l'auteur), je le séparai de tous les tissus environnants, » dans un intervalle de deux centimètres ; je passai » au dessous une sonde cannelée; puis, avec le scalpel, » je détachai le névrilème, et séparai tout à fait ses » faisceaux, etc., etc. »

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. *Cautérisation du nerf sciati-*

que d'un chien avec l'acide nitrique. — Le nerf dénudé fut légèrement touché avec une paille trempée dans l'acide nitrique, de manière à produire une violente irritation du nerf, mais non sa destruction. La douleur fut très vive. La sonde cannelée fut retirée, et le nerf, remis à sa position, prit une teinte grisâtre à l'endroit cautérisé. La plaie fut réunie par quatre points de suture. — Sept heures après l'opération, l'état du nerf fut examiné en présence de messieurs Soulé, Rousset et Dubreuilh père. Ayant détruit les adhérences qui commençaient à exister entre les lèvres de la plaie, on arriva sur le nerf qui était couché au milieu de tissus enflammés. Examiné sur place, il parut rouge, et présentait un point noirâtre au milieu de sa substance, à l'endroit cautérisé. Cette rougeur se prolongeait bien plus vers la partie supérieure que vers l'inférieure. Au point cautérisé il y avait une petite escarrhe noire; cette partie était dépourvue de névrilème et tuméfiée. Examiné à un fort grossissement, le nerf était d'un rouge foncé; le point noir, que l'on apercevait au milieu, était au fond d'une ulcération; autour de cette perte de substance, il existait un cercle inflammatoire plus coloré et de petites fongosités vermeilles; sur le trajet du nerf, on découvrait de petites tumeurs blanches qui simulaient des phyctènes; quelques-unes surmontaient les bords de l'ulcération dans deux autres expériences de l'effet de la cautérisation avec l'acide nitrique et avec le fer rouge.

Après la cautérisation, les autres moyens d'irritation qu'il a employés sont : la *déchirure* des nerfs, la *contusion*, la *ligature*, l'*excision*, l'*introduction des corps étrangers*. L'inflammation produite par ces divers moyens sur la pulpe nerveuse, a été constante à chaque expérience, et les altérations, retracées par une planche qui accompagne le texte, sont remarquables. Tous les animaux qui ont servi aux expériences, ont été sacrifiés, à l'exception d'un seul, qui est mort du tétanos, quatre jours après l'opération. Le but de l'expérimentateur n'était pas de rechercher le mode et la force de réparation des lésions des nerfs, et comme il le dit lui-même, « pour démontrer l'inflammation de » la pulpe nerveuse il faut surprendre l'acte lui-même » quand il présente le plus de violence. » — Chez l'homme, on ne rencontre que très rarement des névrites aussi prononcées que celles que l'auteur a produites directement sur les gros nerfs de quelques animaux, par la raison que le nerf se fixe principalement au névrilème, la pulpe nerveuse n'étant douée que d'une vascularisation très fine, ce qui ne veut pas dire qu'elle ne s'enflamme pas comme la pulpe des centres, d'où elle émane. Dans l'état actuel de la science, la seule névrite, ou plutôt névrilémite, passablement étudiée, est celle qu'on connaît sous le nom de sciatique. Les pathologistes les plus avancés, cependant, regardent aujourd'hui, avec raison, les névralgies en général, sans en exclure le tic douloureux, comme des névrilémites. De là l'indication d'une médication antiphlogistique, basée surtout sur les remèdes hyposthénisants à action élective. Nous savons parfaitement que cette manière de voir est rejetée avec dédain par un grand nombre de praticiens; la tolérance devient donc, comme on le voit, indispensable de part et d'autre.

Maladies organiques de l'estomac. *Diagnostic dans les cas douteux.* — Dans une leçon clinique qu'il vient de publier, le docteur Graves, de Dublin, discute la question de savoir à quels signes on peut présumer, dans les cas douteux, si des vomissements répétés se rattachent à une affection organique, ou simplement fonctionnelle de l'estomac. Il dit bien, *dans les cas douteux*, c'est-à-dire alors que les signes ordinaires des maladies organiques manquent, ce qui n'est pas rare, surtout à une certaine période. Il attache une grande importance à l'acidité de la matière vomie. Toutes les fois, dit-il, que le liquide vomi est très acide, qu'il contient une forte proportion d'acides acétique et hydrochlorique, au point d'agacer les dents du malade, ou même de produire quelquefois une effervescence vive avec la chaux ou la soude, on peut être certain que le mal n'est que fonctionnel. Dans les affections oaganiques, le liquide secrété par la muqueuse de l'estomac n'est presque pas acide, cette membrane étant trop altérée pour pouvoir secréter les deux acides normaux, essentiels à la digestion. M. Graves ne nie pas cependant que dans le début de l'affection squirrheuse de l'estomac, les malades présentent ce qu'il appelle : des indigestions acides; mais les renvois, les éruptations, les vomissements ne sont *constamment* acides que dans la dyspepsie et dans d'autres affections dynamiques de l'estomac. Ces affections s'accompagnent aussi de constipation ordinairement. La maigreur générale n'est pas un signe constant de cancer, car le cadavre de Napoléon Bonaparte offrait, dit-il, un grand embonpoint, malgré que la face interne de son estomac fût presque partout convertie en une masse squirrho-cancéreuse, surtout près du pylore; la seule partie saine était l'extrémité cardiaque, près de la fin de l'œsophage (The med. Times, 5 juillet).

Ictère. Ipécacuanha; *par M. Corrigan, de Dublin.* — Dans ses leçons sur les maladies du foie, insérées dans le *Med. Times*, M. Corrigan a décrit une sorte d'ictère sur lequel les auteurs ont à peine fait mention. « Cette forme d'ictère se rencontre généralement, dit-il, dans la classe pauvre, et plus souvent encore chez les individus de la classe moyenne qui mènent une vie sédentaire. On l'observe chez les marchands qui viennent d'éprouver des pertes d'argent, qui ont fait de mauvaises spéculations; chez les femmes qui s'abandonnent au chagrin par la perte de leur mari ou d'un parent; et d'autres fois sans cause appréciable. L'ictère se déclare subitement; dans l'espace de 30 heures, quelquefois la jaunisse est complète, et cet état se continue ainsi pendant trois jours, trois semaines ou trois mois. Le pouls est régulier dans cette forme de jaunisse, la langue nette, la peau fraîche, l'appétit assez bon généralement, et le patient conserve d'ailleurs sa vivacité et son aplitude ordinaires aux affaires; la seule lésion apparente, c'est la coloration jaune de la peau; la matière des garde-robes est blanche et les urines sont chargées de bile. Tant que la santé générale persiste dans le type normal, on n'a rien à craindre; mais, dès que la tête s'embarrasse, que du délire, du coma survient, le malade est perdu, rien ne peut l'empêcher de succomber, ainsi que vous l'avez vu l'hiver dernier sur un grand nombre d'individus de notre clinique. Je ne me rappelle pas un seul cas de guérison dans ces circonstances. On vous dit dans les livres que l'ictère n'est pas une maladie importante; mais les auteurs n'ont pas décrit celui auquel nous faisons allusion. Toutes les fois, par conséquent, que vous rencontrez la jaunisse

sur une mère de famille, par exemple, dans les circonstances que je viens de vous indiquer, vous vous allarmerez avec raison ; car elle peut succomber en quelques heures. Dans les autopsies que nous avons faites, nous n'avons rien trouvé d'important ni au cerveau, ni au foie, ni à la vésicule biliaire, ni à l'estomac, ni aux insestins. Nous en ignorons complétement la condition pathologique. — J'ai vu des cas nombreux de ce genre être traités sans succès à l'aide de vésicatoires, de sangsues, de purgasifs, des alcalis et de mercuriaux. J'ai connu cependant quelques cas qui avaient été jugés incurables ici, et qui ont été guéris à la campagne par des charlatans, à l'aide de vomitifs ; je me suis décidé à employer ces moyens, et depuis quatre à cinq ans que nous avons adopté cette pratique, nous n'avons pas perdu un seul patient lorsque le mal a été traité à temps, c'est-àdire avant la complication encéphalique. Nous ne prescrivons autre chose qu'un demi gros (2 grammes) d'ipécacuanha tous les deux jours, jusqu'à ce que la jaunisse disparaît. Ce résultat a lieu quelquefois après la seconde administration. Dans quelques cas, l'ipécacuanha produit des garde-robes : aussi n'avez-vous pas besoin de prescrire des purgatifs; mais quand cela n'a pas lieu, donnez un purgatif qui ne colore pas la matière intestinale, la magnésie calcinée, par exemple, ou une décoction d'aloès, afin de vous assurer si la bile a repris son cours dans le canal intestinal. — On ne confondra pas la jaunisse de cause morale que nous venons de décrire avec celle qui se rattache à la présence de calculs biliaires, ou à des maladies chroniques du foie. »

Polype tubulaire du rectum. — M. Elkington a présenté à la Société pathologique de Birmingham un exemple de polype tubulaire du rectum, enlevé sur un enfant de 14 mois. Le patient était souffrant depuis trois mois : il était fréquemment atteint de diarrhée et de vomissements qu'on croyait devoir imputer à la dentition. Lorsqu'il fut examiné par M. Elkington, le 8 mars, on remarquait une petite tumeur faisant issue par le rectum, et qui avait environ un pouce de longueur. On crut d'abord à la présence d'un lombricoïde, dont la tête recourbée venait s'appliquer sur le périnée. En introduisant le doigt dans le rectum, on constata une tumeur de deux à trois pouces de longueur, fixée au côté droit de l'intestin à deux pouces environ de l'orifice de l'anus. C'était la première fois qu'elle faisait saillie hors de l'anus. L'enfant était pâle et agité, tourmenté par les envies de vomir et le ténesme. Le pouls était petit et faible. A l'examen du jour suivant, on remarque au dehors une plus grande portion de la tumeur, ayant entraîné avec elle une portion de l'intestin. Le 10 mars, l'intestin était sorti dans une longueur de trois pouces ; tout le polype était au dehors, et l'on vit parfaitement son attache. Il avait une forme conique ; le sommet, c'est-à-dire la partie unie à la membrane muqueuse, était plus mince que sa base. Il semblait implanté au fond d'un cul-de-sac formé par les replis de la membrane muqueuse; mais en étendant cette membrane, on saisissait librement le pédoncule. La tumeur avait la forme tubulaire, et ressemblait à l'appendice cœcale. L'enfant vomissait souvent et poussait sans cesse comme pour aller à la selle, et à chaque effort l'intestin tombait davantage ; le pouls était très faible. Le chirurgien appliqua une ligature et excisa le polype. On fit rentrer la portion d'intestin qui fut maintenue par un tampon et un bandage. Le soulagement fut immédiat ; les vomissements et le ténesme cessèrent, et le petit malade commença à se rétablir. En moins d'une semaine, il était en pleine convalescence. Le lendemain de l'opération, il y eut un léger prolapsus du rectum qu'on réduisit facilement. Depuis il n'est survenu aucun accident. (Prov. med. and surg. journ.)

Dyssenterie des camps. Créosote.— Dans une épidémie de dyssenterie qui, en octobre 1844, ravageait mortellement Union-House et ses alentours, malgré le calomel et l'opium que les médecins anglais prodiguent, comme on sait, dans ces cas, le docteur Bramston Wilmot a eu l'idée d'employer des lavements composés chacun de 4 grammes (un gros) de créosote, et 360 grammes (12 onces) d'eau d'amidon et un régime alimentaire substantiel, et l'on s'en est très bien trouvé (Séance du 13 mai de la Société méd.-chir. de Londres).

Musc.— Un chimiste allemand, M. Kallhofert, s'est assuré que la cire jouissait de la singulière propriété de priver le musc de son principe odorant. En étalant un centig. (1/4 de grain) de musc sur un papier parfaitement ciré, son odeur disparaît à l'instant, et l'on peut porter ce papier partout sans qu'on s'aperçoive de l'odeur du musc. En exposant cependant ce papier à la vapeur d'ammoniaque, l'odeur du musc reparaît à l'instant, du moins en grande partie. D'autres substances, telles que le sulfure rouge d'antimoine, certaines émulsions édulcorées, la chaux vive et le soufre précipité, produisent exactement le même effet sur le musc que la cire, elles absorbent le principe odorant ; la chaleur et l'ammoniaque le dégagent de nouveau. L'auteur pense que le principe odorant du musc se dégage par l'action de l'ammoniaque que cette substance contient, et que tout corps, comme les précédents, qui s'approprie l'ammoniaque, fait cesser à l'instant le dégagement odoriférc (Buchner's repertorium). Cette découverte est intéressante surtout au point de vue pharmacologique, car on sait par là comment administrer le musc sans en infecter la chambre du malade, dans une émulsion d'amandes, ou en faisant des pilules avec du sucre et de la cire, etc. Il serait intéressant, au reste, de savoir si l'on pourrait faire disparaître l'odeur de musc répandue dans l'atmosphère d'une chambre, en y déposant par exemple quelques feuilles de papier couvert de cire.

Aliénation mentale.— Dans un total de 100 nécropsies, que M. Lawrence a eu l'occasion de faire dans ces dernières années, à l'hôpital des aliénés à Londres (Bethlem hospital), les lésions cérébrales rencontrées se sont trouvées ainsi distribuées : 25 ont présenté des infiltrations dans la pie-mère; 24, une turgescence générale des vaisseaux ; 19, un épanchement dans les ventricules ; 12, un épanchement à la base du cerveau ; d'autres ont présenté d'autres lésions. Sur 22, les organes thoraciques étaient malades en même temps que le cerveau. Sur 13, c'étaient les organes abdominaux (Statistics of Bethlem hospital by J. Webster).

Constipation.— On sait que rien n'est plus difficile que de vaincre certaines constipations, malgré qu'il n'y ait pas de lésion organique, pas d'obstruction intestinale, pas d'invagination, pas de fièvre d'ailleurs ; l'intestin se gonfle, ne se contracte pas, et les matières s'y accumulent; le ventre est ballonné, et si la chose se prolonge au-delà de certaines limites, elle peut se terminer fâcheusement. Les purgatifs ordinaires échouent. Nous avons vu deux cas de ce genre à Paris, dont un sur la personne d'un médecin américain,

que nous avons soigné avec MM. les professeurs Andral et Chomel. On a proposé le pompement rectal par le procédé d'O'Beirn, mais qui ne réussit pas toujours. Un médecin de Pensylvanie, le docteur Chapman, dit s'être *constamment* bien trouvé dans les cas de ce genre de la teinture de racine de colchique, à la dose de dix gouttes, répétée plusieurs fois par jour jusqu'à purgation.

Les vieillards impuissants. — « Dans la vieillesse, le testicule s'atrophie et devient flasque par suite de la diminution de capacité des tubes séminifères, et par suite aussi de ce qu'ils renferment une moindre quantité de liqueur spermatique. Il est assez ordinaire de trouver chez les vieillards la tête de l'épididyme altérée ; plusieurs des lobes formés par les vaisseaux efférents sont alors convertis en tissu compacte et de couleur brun jaunâtre. Avec l'âge, les tubes séminifères diminuent de capacité, par suite de la diminution dans l'afflux du sang artériel; ils deviennent jaunes, de rouges qu'ils étaient d'abord, et il arrive souvent qu'un nombre considérable d'entre eux se transforment en de véritables cordons d'apparence ligamenteuse. Souvent, chez les vieillards, on trouve le testicule gauche dans un état variqueux. » (A. Cooper).

TRANSACTIONS ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Nerfs des membranes séreuses.

Dans les séances des 1 et 8 septembre, M. Bourgery a lu un mémoire sur les nerfs des membranes séreuses en général, et sur ceux du péritoine en particulier chez l'homme. En voici les conclusions :

1° Les membranes séreuses, dans lesquelles on n'a jamais reconnu de nerfs, et que tant d'anatomistes distingués ont supposées complétement dépourvues, sont, en anatomie, le tissu qui en contient le plus.

2° Les nervules des membranes séreuses, de 1/10e à 1/50e de millim. de diamètre, y forment un canevas, en général, à plusieurs pans superposés, partout anastomosés à courtes distances, et interceptant de petits espaces polyédriques irréguliers qui n'excèdent guère 1/5e à 1/10e de millimètre.

3° Ces nervules sont renfermés dans des enveloppes de tissu ligamenteux élastique, qui les contiennent, les protégent, et, par l'intrication de leurs fibriles microscopiques, déterminent leurs jonctions mutuelles, sans solution de contiduité de la substance nerveuse; de sorte que l'ensemble offre l'aspect d'un simple réseaux fibreux. C'est à ce canevas qui forme la charpente de la membrane, que celle-ci doit son reflet nacré, sa résistance et son élasticité.

4° Les nerfs d'origine sont indéfféremment de deux sortes, ganglionnaires et cérébro-spinaux. L'espèce de nerf qui s'épanouit dans une région déterminée d'une membrane séreuse, dépend de ceux de la paroi sur laquelle elle s'applique. Ainsi, les nerfs sont fournis par les rameaux rachidiens sur les parois musculaires du tronc, par les plexus extraviscéraux sur la paroi rachidienne, par les uns et les autres dans les espaces intermédiaires communs, où existent les deux espèces de nerfs, et par exemple, dans les dorsales et lombaires, les médiastins, le diaphragme, la paroi abdominale antérieure et le contour du bassin.

5° L'aptitude organique des membranes séreuses à s'approprier ou absorber toute espèce de nerfs, ce que l'on pourrait appeler en quelque sorte leur capacité nerveuse, est telle qu'aucun nerf, quel qu'il soit, cérébro-spinal ou ganglionnaire, et quelle que soit sa destination ultérieure, ne passe au voisinage ou en contact d'une membrane séreuse sans lui fournir des filets. Quand des nerfs différents sont voisins, ils en fournissent de concert; mais à ce que j'ai cru reconnaître, sans être anastomosés avant leur entrée dans la membrane. Dans toutes les observations si nombreuses que j'ai faites et réitérées sur tous les points, je n'ai trouvé aucune exception à ces conditions générales.

6° D'un autre côté, ce que l'on pourrait appeler l'indifférence des nerfs pour leurs modes de terminaison, est telle que, dans les parois du tronc, partout les rameaux se distribuent indistinctement par filaments microscopiques, aux muscles, aux divers tissus mous, et finalement aux séreuses. Ce fait est surtout remarquable et double en quelque sorte d'évidence dans le diaphragme où les rameaux résultant de l'anastomose du phrénique et des filets vasculaires émanés des ganglions cœliaques se rendent également aux fibres musculaires et sur les deux faces des ventres charnus, à l'une et l'autre membrane séreuse, le péritoine et la plèvre. Aucun fait anatomique n'a encore montré plus évidemment que le même nerf se compose de filets destinés à des fonctions différentes.

7° L'aspect des filets de terminaison est invariablement le même que pour chaque espèce de nerfs. Les filaments terminaux des nerfs cérébro-spinaux, qui traversent les enveloppes celluleuses des muscles pour se rendre dans les séreuses, sont de deux sortes. Les uns, nés des nervules superficiels des fibres musculaires du premier plan, sont simples et s'insinuent directement un à un dans la séreuse. Les autres, en aussi grand nombre, sont de petits faisceaux qui émergent entre les fibres musculaires des rameaux plus profonds et s'épanouissent en gerbes dans la séreuse, où ils s'anastomosent immédiatement entre eux et avec les précédents. Tous ces nervules, quoique revêtus d'un névrilème de tissu ligamenteux élastique, sont un peu mous et grisâtres. Ils sont moins solides, moins rigides, et blanchissent un peu moins par leur immersion dans l'eau acidulée que ceux d'origine ganglionnaire, leur enveloppe étant plus mince. Mais une fois entrés dans la séreuse, les conditions changent, le réseau commun prenant au contraire plus de fermeté avec une proportion plus grande de tissu ligamenteux élastique. Ces caractères sont communs à tous les nervules musculaires ou cérébro-spinaux des séreuses, soit des parois thoraco-abdominales, pour le péritoine et la plèvre, soit du crémaster pour la tunique vaginale. Ils montrent que le tissu fibreux élastique n'est pour les nerfs du péritoine et de la plèvre qu'un élément de protection et de solidité propre à donner à la membrane séreuse la résistance et l'élasticité nécessaires pour résister, sans se rompre, aux frottements et aux tractions qu'elle est appelée à subir. Ces nervules, d'origine splanchnique ou ganglionnaire, sont de trois sortes : — *A*. Les nervules splanchniques de la première espèce appartiennent aux grands replis des membranes séreuses, le péritoine et la plèvre. Ce sont les plus forts, ceux qui se présentent le mieux tissés et tramés en un réseau solide. Partout leur résistance, l'épaisseur et l'enchevêtrement à divers plans de leurs filets névrilématiques, sont proportionnés à la mobilité du repli où ils se trouvent, et par conséquent aux efforts de traction qu'ils ont à supporter. Ainsi les réseaux les plus forts sont ceux des feuillets mésentériques, des ligaments péritonéaux du foie, de la rate, de la vessie, du rectum, de l'utérus. Viennent ensuite, pour la plèvre, les réseaux des médiastins, et pour le péritoine, ceux des feuillets de revêtement des reins et de la vessie. — *B*. Les nervules splanchniques de la seconde espèce sont ceux des feuillets viscéraux, formés en général de longs filaments très fins, anastomosés dans un seul plan, et

un seul canevas délié à longues mailles rhomboïdales. — *C.* Les derniers nerfs ganglionnaires des séreuses sont les nervules gris ou sans enveloppe apparente fibro-élastique.

8° Les nerfs propres du péritoine émanent des six surfaces pariétales et de la grande surface multiloculaire viscérale. Sur les parois latérales et la plus grande partie de la paroi antérieure, les nervules sont uniquement fournis par les rameaux musculaires des six derniers nerfs intercostaux et des deux premiers lombaires. Mais au milieu de la paroi antérieure ils sont coupés par une chaîne splanchnique, origine de nervules péritonéaux ganglionnaires et composés de deux plexus.

9° Les nervules péritonéaux, tant cérébro-spinaux que ganglionnaires, sont faciles à voir au microscope ou à la loupe, à des grossissements de 3 à 10 diamètres sur des pièces qui ont macéré dans l'eau acidulée avec 1|100 à 1|200e d'acide azotique.

FAITS CRITIQUES.

L'hygiène de la boucherie. — Dans un écrit que M. Parisot vient de traduire de l'allemand et de dédier à M. Pariset, et intitulé : « *Rapport d'une commission de l'association bavaroise, pour la répression des sévices exercés contre les animaux, sur le transport des veaux destinés à la boucherie, et l'influence pernicieuse sur la santé publique de la viande d'animaux liés et garottés pendant leur transport* » on lit des remarques sur lesquelles les médecins ne sauraient trop fixer leur attention. La société s'est occupée, dans ce travail, des conséquences de cet usage barbare, qu'on voit encore subsister à Paris, de transporter les veaux vivants aux marchés et à la boucherie, attachés, garottés des quatre pieds, couchés, entassés en grand nombre les uns sur les autres, dans des voitures, leurs têtes pendantes et exposés ainsi pendant un voyage plus ou moins long, au soleil, à la faim, à la soif, aux cahots continus et prolongés, propres à déterminer des congestions vers le cerveau, des stases sanguines, des échymoses, des apoplexies, de l'œdème au cuir céphalique, du gonflement aux pieds, avec de la fièvre, et par suite une altération plus ou moins grande de la viande. Voyez, en effet, les cris de douleur, les mugissements plaintifs, haletants que ces pauvres bêtes laissent exhaler pendant leur voyage, sans boisson, sans nourriture aucune !! Par suite de cet usage, la viande qu'on considère comme légère, et qu'on prescrit aux convalescents, aux sujets délicats, se trouve précisément dans des conditions maladives et occasionne des accidents. Quelle gélée, en effet, peut-on faire avec de pareils pieds de veaux, œdémateux, gonflés, échymosés? Quelle sûreté peut-on avoir en laissant manger d'une cervelle apoplectique, d'une tête de veau œdémateuse? Et la viande elle-même d'un animal ainsi torturé, malade, n'offre-t-elle pas des conditions délétères? La commission de Bavière, composée de médecins, de vétérinaires, de naturalistes et d'administrateurs éclairés, s'est livrée à des expériences comparatives sur des veaux transportés, garottés, et sur d'autres, transportés libres et debouts dans des grands chariots à compartiments multiples, où chaque animal était resté à l'aise, avait de la paille pour se coucher et de l'eau pour boire ; elle est arrivée à la constatation des faits suivants : « Nous avons tous pu constater, dit le rapport, que les veaux qui nous sont arrivés en liberté étaient tous dispos et bien portants, et ont fourni une viande *blanche, succulente*, offrant de la consistance et un aspect appétissant ; tandis que, au contraire, celle provenant de veaux qui avaient été liés, s'est presque constamment trouvée de nature malavive, souvent même à l'état acide, flasque et passant bien plus vite à la décomposition. Nous constatons que presque aucun des veaux liés, n'arrive, surtout ceux qui ont été garottés, après un trajet de plusieurs lieues, sans être dans un état de fièvre plus ou moins prononcée. Enfin, un même morceau de viande d'un veau sain, pèse plus que celui d'un veau qui a été malade, ce qui est généralement une conséquence des tortures éprouvées pendant la route. »

« Des milliers d'hommes de toutes conditions et de toutes les classes, sains et malades, depuis le roi jusqu'au mendiant, et particulièrement les habitants des villes, sont, ajoute le rapport, trompés par les bouchers, qui les obligent de consommer de la viande indigeste, malsaine, et disposée à la corruption, parce que les animaux dont elle provient, arrivent aux abattoirs, échauffés, harassés, dans un état de torture et de fièvre, enfin, plutôt morts que vivants. » — Par suite de ce rapport, des mesures ont été prises par l'autorité bavaroise et adoptées par les bouchers, pour le transport des veaux à l'état libre, dans des voitures cellulaires, figurées dans le travail de la commission, et les résultats déjà obtenus sont des plus satisfaisants. Ce mode de transport n'est guère dispendieux à ce qu'il paraît, et il serait bien à désirer qu'il fût introduit partout. Cet usage existe bien à la vérité, pour les ânesses laitières qu'on voit chaque matin parcourir les différents quartiers de Paris, sur des voitures traînées par des chevaux ; mais c'est moins par mesure d'humanité que par calcul des nourrisseurs, car on sait que les longues marches font diminuer la secrétion du lait, ainsi que l'embonpoint.

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène de la digestion, *suivie d'un nouveau dictionnaire des aliments ; par M. le Dr Paul Gaubert, méd. du ministère de l'intérieur*, etc. Un vol. in-8° de 552 pages. Paris 1845. Au dépôt de la librairie, rue Thérèse, n° 11. — L'auteur ouvre son livre par une sorte de profession de foi dans laquelle il fait de suite connaître les principes qu'il a pris pour guide dans ce travail. « Sous l'influence de la force vitale, principe insaisissable et préexistant aux organes, l'homme se développe, dit-il, dans la forme qui lui est propre, comme se développent, sous la même influence, tous les êtres organisés vivants. La nature du principe vivifiant, les lois immuables d'après lesquelles il dispose des éléments matériels, échappent à nos recherches ; mais à quelque degré de développement que nous observions l'homme, nous retrouvons dans les nombreux instruments qui composent son corps, dans les nombreuses fonctions qui exécutent les mouvements vitaux, l'empreinte ineffaçable de la force première, et le caractère d'unité qui paraît être son essence. » — Dans une époque où les fonctions de l'organisme sain ou malade de l'homme sont assimilées par des médecins qui régissent l'enseignement des règles de notre art, à quelques opérations de mécanique, on peut relever comme une sorte de protestation ou d'acte d'indépendance les paroles précédentes, qui énoncent des principes conformes à la saine physiologie et que quelques savants paraissent vouloir oublier ou méconnaître de nos jours. M. Gaubert, qui s'est formé à la grande école de Broussais, est resté, comme on le voit, fidèle aux principes dynamiques, et c'est à ce point de vue qu'il a composé son livre ; nous l'en félicitons. — Sous le titre d'*Hygiène de la digestion*, l'auteur n'a pas voulu comprendre uniquement ce qui est relatif au boire et au manger, ainsi qu'on pourrait se l'imaginer ; il a considéré son sujet sous le rapport le plus large, le plus élevé, et mis pour ainsi dire à contribution

toute l'hygiène dans l'étude d'un seul appareil. « Nous voulons, dit-il, présenter la régularisation de tous les appareils, les conditions connues de la santé générale, de la santé complète, par la sage direction de l'une des grandes fonctions. Voilà notre sujet, tout notre sujet. Cette manière indirecte de tracer les règles d'une hygiène générale nous paraît plus pratique que la direction des différentes fonctions, prises une à une. » C'est une sorte de spécialité, une véritable monographie, aussi complète, aussi approfondie que le comportait l'état actuel de la science, que l'auteur a voulu présenter. M. Gaubert s'est surtout aidé, dans ses recherches, des meilleurs travaux récents, soit chimiques, soit physiologiques, qu'il s'est efforcé de ramener à des équations pratiques. On prévoit déjà qu'il s'agit d'un livre sérieux, et c'est avec une vive satisfaction que nous l'avons lu. — L'ouvrage dont nous rendons compte est divisé en trois parties. La première est consacrée à l'étude du mécanisme de la digestion. L'auteur l'a réduite en propositions aphoristiques, au nombre de dix-sept, dont chacune est suivie de commentaires ; c'est en quelque sorte la partie philosophique de son travail : elle se prête peu à l'analyse. Citons seulement quelques faits consignés dans les commentaires, et d'abord relatifs à l'abstinence. « Des belles expériences de M. Chossat, nous pouvons conclure que la perte des quatre dixièmes de son poids est une limite au delà de laquelle tout animal trouverait une mort inévitable. Ni l'action du calorique, ni celle des aliments, combinés ou isolés, ne peuvent la conjurer. Nous appelons toute l'attention des praticiens sur ces effets extrêmes de l'abstinence ; ils montrent combien il est important à la fin des maladies aiguës qui ont amené de grandes pertes, soit à cause de leur durée, soit à cause de l'excessive activité imprimée aux mouvements vitaux, de saisir le moment où le retour aux aliments peut avoir lieu. Une diète trop longtemps prolongée à cette époque a souvent jeté l'organisme dans un état où tout mouvement de réparation devenait impossible. La mort a saisi le malade véritablement guéri, selon l'expression d'un savant professeur. Nous observons souvent à la suite des maladies aiguës, une certaine nature de chaleur et de fréquence du pouls que calme rapidement le retour aux aliments, etc. » Dans le commentaire de la XIe proposition, qui est relative à la digestion, on lit le passage suivant : « Si l'on considère les différents modes d'action du suc gastrique sur les matières animales et végétales, on comprendra comment il arrive que souvent des matières très faciles à digérer en apparence, restent tout à fait refractaires aux vertus dissolvantes et diluantes du suc gastrique, tandis que d'autres matières, beaucoup plus dures, plus résistantes, cèdent facilement à sa puissance. Un grain de raisin, une cerise, un petit pois non divisés, la fécule non éclatée traversant l'estomac sans avoir reçu du suc gastrique aucune atteinte notable à leur constitution ; un morceau de bœuf, au contraire, une tranche de mouton, un fragment d'os même ne pourront séjourner quelques heures dans l'estomac sans une entière dissociation de leurs parties. Ces faits, en apparence contradictoires, s'expliqueront facilement par les principes qui résultent de nos études précédentes; ainsi le grain de raisin, la cerise contenant la matière soluble et pulpeuse dans une enveloppe ligneuse (la pellicule qui recouvre ces fruits), entièrement réfractaire à l'action du suc gastrique, persistent dans l'état d'intégrité, tandis que la matière soluble ou palpable de la chair, de l'os, envahie de toutes parts par le même suc, est entraînée par sa puissance, et la dissociation est irrévocable. » Dans ce même commentaire, l'auteur combat avec raison, les prétentions des savants qui réduisent les actes de la digestion à des phénomènes de chimie de laboratoire, et méconnaissent les transformations que la matière subit sous l'influence du dynamisme vivant. — La seconde partie a pour sujet les règles de l'hygiène de la digestion, telles qu'elles conviennent à chaque climat, à chaque saison, à chaque tempérament, à chaque sexe, aux différents âges, enfin aux constitutions maladives. Cette section renferme des détails et des faits d'un grand intérêt : leur lecture est aussi instructive qu'entraînante. — Vient enfin la troisième partie qui est consacrée à un dictionnaire raisonné des aliments, au point de vue hygiénique. Les seuls énoncés qui précèdent font déjà pressentir que le livre de M. Gaubert est une œuvre grave, élaborée de longue main et qui sera lue avantageusement par les médecins et par toutes les personnes qui s'occupent d'hygiène humaine ou comparée.

Histoire des membres de l'Académie royale de médecine, par M. Pariset. *Deux vol. in-12. Paris,* 1845. *Chez J.-B. Baillère, libraire.* — Sous ce titre, le célèbre secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine a rassemblé les travaux qu'il fit officiellement dans le cours des vingt dernières années, sous le titre d'*Eloges*, relatifs aux grands hommes qui ont honoré la science des 18e et 19e siècles, tels que Corvisart, Cuvier, Berthollet, Vauquelin, Bichat, Dupuytren, Laënnec, Scarpa, etc., et qui ont tous appartenu à l'Académie. Faire la biographie de ces grands hommes, c'est esquisser à grands traits l'état de la science de leur siècle. C'est déjà faire pressentir qu'une pareille entreprise est des plus ardues, et partant, d'une haute importance lorsqu'elle est exécutée par un historien éminent, capable de dominer son sujet. Nous ne croyons pas exagérer en disant que le travail monumental de M. Pariset sera lu dans dix siècles avec autant d'entraînement qu'aujourd'hui. N'en est-ce pas ainsi des œuvres de Plutarque? M. Pariset a dédié son ouvrage à son jeune ami, le docteur Flandin; cette dédicace, en 19 pages, est un chef-d'œuvre de haute philosophie et de faits pratiques sur l'utilité des académies.

ANNONCES.

De la Pellagre, de son origine, de ses progrès, de son existence en France, de ses causes et de son traitement curatif et préservatif; par M. le docteur T. Roussel. Un vol. in-8° de 376 pag. Paris, 1845, au bureau de l'encyclographie médicale, 7, rue neuve de l'Université.

Traité de l'Art de formuler, par le docteur Mialhe. Un vol. in-12, de 526 pag. Paris, chez Fortin, Masson et Cie. lib. place de l'Ecole de méd., n° 1.

Vade mecum du médecin praticien, par MM. Amédée Moure et Henry Martin. Un vol. in-12 de 628 pag. Paris, 1845. Ibidem.

Du Hachisch et de l'Aliénation mentale. Etudes physiologiques ; par M. Moreau de Tours, médecin de l'hospice de Bicêtre. Un vol. in-8° de 431 pag. Ibidem.

Memoire sur l'insufflation de l'air dans les voies aeriennes, par M. le docteur Depaul.

Memoires sur les calculs des fosses nasales; par M. Demarquay, aide d'anat. à la Fac. de Méd. de Paris, interne des hôpitaux.

Lettre sur la syphilis; par M. le docteur Ratier. broch. in-8° de 68 pag.

Paris. — Imprimerie de LACOUR et C.,
rue St-Hyacinthe-St-Michel, 33.

Troisième Année. Ce Journal paraît le 1er de chaque mois. N° 8. — Novembre 1845.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

ET

DE TOXICOLOGIE.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.
» Alibert. »

—

Eaux chalibées ou ferrugineuses, froides.

Des sources de Passy, près Paris. (3e et dernier art.)

L'action thérapeutique des eaux minérales de Passy est pour nous ce qu'il y a de plus clair, de plus incontestable. Si la chimie ne nous eût pas appris déjà quels étaient les éléments d'action de ces eaux (fer et magnésie sulfatés), notre conviction à cet égard ne serait pas moins celle que nous professons d'après les expériences cliniques et physiologiques que nous avons faites nous-mêmes avec l'eau de ces sources. Cette eau, bue à la source, est pour nous un remède hyposthénisant énergique, à double action élective (cardiaco-vasculaire et gastro-entérique); c'est-à-dire, qu'elle agit à l'instar du quinine et des purgatifs sulfatiques. Cet énoncé est, nous le savons bien, en contradiction flagrante avec les idées généralement enseignées par les médecins qui se sont occupés des eaux de Passy; mais qu'importe, si nous sommes dans le vrai! Nous allons essayer de mettre en relief les faits qui servent de base à notre conclusion, et de poser ainsi les véritables indications thérapeutiques de ces eaux.

Etudions-les d'abord chez l'homme bien portant. Nous sommes allé assez souvent à la source, nous y avons bu plusieurs verres d'eau à jeun, et nous avons continué l'usage de cette eau chez nous pendant plusieurs jours. L'expérience a été recommencée, à diverses époques, dans le courant des trois dernières années. *Constamment* l'effet a été l'hyposthénie franche générale, plus particulièrement prononcée dans les appareils circulatoire et gastro-entérique, proportionnellement à la quatité d'eau bue. Nous en prenions deux à trois verres chaque fois, quelquefois davantage. Les phénomènes ont été : un abattement général, un sentiment de fatigue extrême, de lassitude dans les bras, dans les jambes, une sorte de langueur générale inexprimable; céphalalgie frontale gravative; sécrétion urinaire abondante et claire, diminution notable de la force et de la fréquence du pouls; sentiment de creux à l'estomac, de besoin de prendre des aliments et des alcooliques; une sorte de tremblement dans les poignets et une sécrétion abondante de salive, comme quand on est resté sans manger en bonne santé, par une cause quelconque. Ces phénomènes se sont constamment dissipés par un repas substantiel et un surcroît de vin pur que l'organisme appétissait, malgré notre aversion ordinaire pour les alcooliques et nos habitudes de sobriété. Une sorte de malaise cependant de véritable faiblesse durait jusqu'au lendemain; de légères coliques et une garde-robe liquide s'ensuivaient quelquefois. Les phénomènes ci-dessus, que nous n'avons indiqués que d'une manière générale, se déclaraient 20 minutes à une demi-heure après l'ingestion du liquide et arrivaient à leur maximum d'intensité dans l'espace de trois à quatre heures; la faiblesse persistait cependant dans le système musculaire, mais en diminuant pendant vingt-quatre ou trente heures. Nous le répétons, nous n'avons pu comparer ces effet qu'à ce malaise qu'on éprouve en hiver quand l'heure du dîner est arrivée et que, par une circonstance quelconque, on ne dîne pas, la santé étant normale d'ailleurs et le moral assez calme; on éprouve de la tristesse, un abattement général, des tremblements, de la salivation; la pensée elle-même perd de sa vigueur et l'esprit se ratatine à son tour, pour ainsi dire.

Nous avons cherché en vain, dans ces expériences, l'effet tonique, l'effet excitant qu'on attribue gratui-

tement aux eaux de Passy. Rien absolument de congestif ne s'est présenté du côté du cerveau, ni du cœur; rien de cette accélération fonctionnelle, de cette chaleur, de cet éréthisme musculaire que produisent ordinairement les véritables excitants. La canelle, le vin, les liqueurs alcooliques. Loin de là, à quelque dose que nous ayons essayé l'eau minérale, nous n'avons éprouvé que les effets de l'hyposthénie franche. Cet effet était beaucoup moins prononcé, ou presque nul, quand nous buvions à nos repas ce liquide mêlé à du vin. Quelle est donc la source de l'opinion contraire qu'on enseigne communément sur l'action dynamique des eaux de Passy? La prévention, le préjugé, sans doute! C'est que, le plus souvent, les hydrologues se copient les uns les autres, et que d'ailleurs on s'était imaginé que le fer devait être tonique, excitant, attendu qu'on fait avec ce métal des boulets, des canons et des sabres! Qu'on mette toute prévention de côté, qu'on se rende à la source, et qu'on vérifie sur soi-même si ces eaux excitent, si elles donnent des forces ou débilitent! L'on verra alors si l'opinion que nous soutenons est exacte, conforme à la nature, et si l'opinion généralement enseignée n'est pas une erreur complète. Reste maintenant à savoir si cette action qui, à l'état physiologique, est hyposthénisante, sera encore telle dans des cas de maladie; c'est ce que nous aurons à voir tout à l'heure. Faisons en attendant remarquer que ni nous-même, ni d'autres personnes bien portantes, auxquelles nous avons fait prendre plusieurs verres d'eau de Passy comme moyen d'expérimentation, n'avons éprouvé de vomissement ni de nausées, malgré que le liquide ait été bu abondamment au sortir de la source. C'est donc par erreur qu'Alibert a écrit les lignes suivantes?

« Ces eaux, telles qu'elles jaillissent du sein de la terre, sont généralement trop fortes, trop actives pour l'usage intérieur; la grande proportion de substances salines, et surtout de sulfate de fer, produit dans la bouche et dans l'estomac une impression désagréable, un sentiment de pesanteur, d'astriction, d'où résultent des nausées et souvent même des vomissements; de là vient qu'on ne peut en user qu'avec une extrême circonspection; » — et que MM. Mérat et Delens ont répété que : « prises telles que la source les fournit, elles pèsent à l'estomac, semblent l'irriter, peuvent même exercer une action vomitive à la dose de un ou deux verres; aussi ne sont-elles guère usitées dans cet état que coupées de quelques boissons adoucissantes, et surtout, à l'extérieur, en douches, en lotions, en injections, dans les cas de relâchement des organes, d'ulcérations atoniques, d'écoulements sans irritation, etc. Épurées, au contraire, elles sont assez bien supportées. » — Nous venons de faire voir cependant qu'épurées elles perdent leur principe actif et qu'on ne doit les boire telles qu'elles sortent de la source. Nous ne savons, au reste, si l'énorme quantité de sulfate de fer, que les chimistes accusent dans cette eau (près de 1 gramme par pinte) n'est pas exagérée; nous le présumons, car une pareille dose, et même la moitié, produirait sûrement des accidents chez l'homme bien portant, surtout étant combinée à une bonne dose de sulfate magnésique (plus de 1 gm. par pinte). Mieux vaut donc s'en tenir à l'expérience; or, nous pouvons affirmer que les assertions de ces auteurs ne sont pas basées sur l'observation.

M. le docteur Chenu, médecin-inspecteur des sources de Passy, paraît accepter, sur l'action de ces eaux, les errements de la généralité des auteurs. « Les eaux ferrugineuses sont avec raison, dit-il, rangées parmi les remèdes altérants. Les modifications qu'elles déterminent dans la composition du sang et sur la circulation générale s'étendent bientôt aux organes de la respiration, aux voies digestives et à tout l'organisme. Le fer en est le principe actif. Sous leur influence, le sang prend plus de couleur, de plasticité et le pouls plus de force; la respiration se régularise; on remarque une augmentation sensible des fonctions assimilatrices, et l'accroissement de la chaleur générale et des forces musculaires. Leur action est éminemment tonique; aussi sont-elles parfaitement indiquées dans la plupart des cas de faiblesse générale, lorsque cet état ne dépend pas d'une lésion locale profonde. L'usage de ces eaux est souvent suivi de constipation; les matières excrémentielles se colorent toujours en noir. L'emploi des eaux ferrugineuses, trop prolongé ou mal indiqué, amène promptement la pléthore et quelquefois des hémorrhagies. On corrige l'activité de leurs effets en employant à propos quelques légers purgatifs. C'est d'ailleurs l'exemple que nous donne la nature; car un grand nombre d'eaux de la même classe contiennent des sels qui agissent comme correctifs de l'action astringente du principe métallique. » — Un peu plus loin l'auteur ajoute : « C'est la circulation surtout qui reçoit l'impression des eaux ferrugineuses; sous leur influence, la composition chimique du sang se trouve modifiée, le cœur lui-même paraît acquérir plus d'énergie; aussi le sang artériel est poussé avec plus de force et de régularité, le pouls est plus fort, plus tendu, les vaisseaux capillaires fonctionnent plus complétement, et tout l'organisme se ressent bientôt de cette suractivité de la circulation; le système musculaire semble gagner plus de force et de sensibilité. Il y a augmentation de chaleur générale; toutes les fonctions languissantes se rétablissent et se régularisent, les affections qui dépendent de la stase du sang disparaissent insensiblement; aussi, répétons-le, on obtient les plus heureux effets de l'usage d'une eau ferrugineuse dans la plupart de ces cas qui dépendent d'une atonie générale. On augmenterait la gravité d'un mal qui dépendrait d'une lésion locale. »

Nous sommes fâché d'être obligé de déclarer que les effets que nous avons observés des eaux de Passy ne s'accordent guère avec les assertions précédentes. Au lieu de s'accélérer ou de prendre de la force, le pouls s'est affaibli sous leur influence. Au lieu de prendre de la couleur, le sang a fini par pâlir chez des enfants où l'usage de l'eau avait été trop longtemps prolongé. Au lieu d'augmenter, la force musculaire s'est au contraire affaiblie. Au lieu de s'élever, la chaleur dermique a baissé. Au lieu de se constiper, l'intestin s'est relâché. Au lieu de se colorer en noir, les matières stercorales on conservé leur couleur naturelle tant que l'eau a été bue à la source et avant

la précipitation du fer. Au lieu d'occasionner de la pléthore, leur usage a fini par occasionner une véritable anémie, etc. Il est impossible de trouver une dissidence plus complète, des résultats plus diamétralement opposés qu'entre nos observations et celles de M. Chenu, au sujet des sources en question. Il faut nécessairement que l'un de nous se soit trompé. Aussi engageons-nous les médecins qui ont intérêt de s'assurer de la véritable action d'un remède aussi énergique à vérifier eux-mêmes la réalité des faits que nous venons d'exposer.

Abordons maintenant la question clinique. Nos essais sont déjà assez nombreux sur diverses maladies et les résultats que nous avons obtenus nous ont paru assez concluants. Les amauroses hypersthéniques, compliquées de congestion cérébrale, sont en première ligne parmi les affections que nous avons traitées avantageusement avec les eaux de Passy, non seulement en boisson à haute dose (4 à 6 verres par jour), mais encore en fomentation périorbitaire, de jour et de nuit; quelquefois aussi en douche sur les paupières. Ce moyen n'a pas été employé seul à la vérité, mais son effet a été des plus manifestes : la congestion s'est dissipée, l'œil a blanchi, s'est détendu et la vue s'est éclaircie le plus souvent sous son influence. Dans un cas grave, incurable, d'hypertrophie au cœur, avec des symptômes de congestion encéphalique, chez une dame âgée d'une quarantaine d'années, les eaux de Passy ont produit un amendement notable. Cette dame en prenait non seulement en boisson toute la journée, mais encore en lavement le soir (petit lavement à garder). Chez deux malades atteints de cystite chronique avec rétrécissement puorrhéique de l'urèthre, les eaux de Passy ont été d'un précieux secours vers la fin de la cure par les bougies dilatantes. Chez plusieurs autres, il s'agissait de tubercules et de catarrhe bronchique, il y a eu un mieux réel sous le rapport de la toux et de la quantité des crachats. Quant aux chlorotiques, nous en connaissons plusieurs qui se sont très bien trouvés de ces eaux. Nous en dirons autant de quelques cas de gastrite chronique, de scrofule, de conjonctivites de longue date sur des sujets à constitution délicate. Tels sont les faits que nous possédons par devers nous, et constamment l'effet de l'eau nous a paru répondre à l'action antiphlogistique ou hyposténisante-vasculaire, ce qui est conforme à l'action que nous venons d'étudier chez l'homme bien portant. Nous devons, au reste, faire remarquer qu'il faut une insistance toute spéciale auprès des malades à Paris pour les faire persévérer convenablement dans l'usage de l'eau de Passy, par la raison que ce remède ne se présente pas à leurs yeux dans des conditions assez importantes. Quand on se rend à des sources lointaines on fait le voyage, de la dépense, on se trouve avec du monde qui boit de l'eau, on boit soi-même, on se sature, on se gorge par imitation, par intérêt, etc. Ici, il n'en est plus de même, l'eau est à la porte, elle n'offre pas le même prestige, elle est moins prophète.

«Les eaux de Passy, regardées de tous temps comme toniques, astringentes, apéritives, méritent de figurer au premier rang des eaux ferrugineuses. Quoique leur voisinage semble avoir nui à leur crédit parmi nous, elles sont assez usitées dans le traitement des dyspepsies et autres affections par atonie des voies digestives; dans celui des engorgements chroniques du foie et de la rate, les suites de fièvres intermittentes, les affections scorbutiques, et surtout la chlorose, l'aménorrhée, la leucorrhée et autres écoulements muqueux, les hémorrhagies passives, les diarrhées invétérées, et en particulier celle qui affecte les étrangers nouvellement arrivés à Paris» (Chenu). Il n'est pas une seule de ces maladies, cependant, qui ne soit hypersthénique ou inflammatoire au fond, et c'est incontestablement comme antiphlogistique que l'eau de Passy a agi heureusement. On peut en dire autant des remarques suivantes. — « Les leucorrhéiques feront avec avantage usage de ces eaux; il semble que la nature ait voulu mettre le remède à côté du mal, en plaçant à la porte de la capitale des eaux astringentes et toniques, si propres à remédier à la débilité, à la laxité du tissu muqueux, sources de fleurs blanches dont sont si fréquemment atteintes les Parisiennes. » (Dict. des sc. médic., t. 39, p. 491 cité par M. Chenu).—« On obtient d'excellents résultats de leur usage dans le traitement de certaines diarrhées, et en général lorsqu'il s'agit de combattre la faiblesse ou l'atonie des organes. Elles conviennent particulièrement dans toutes les affections atoniques du tube digestif; sous leur influence on voit disparaître l'inappétence, les dégoûts, la lenteur des digestions; mais elles sont formellement contre-indiquées lorsqu'il existe de la pléthore, des dispositions aux hémorrhagies actives, et ne peuvent convenir dans les affections idiopathiques du cœur » (Chenu).— «On les emploie avec le plus grand succès, pour combattre la prédominance du système lymphatique chez les enfants, et c'est dans ce dernier cas, surtout, que leurs effets sont vraiment remarquables. Leur usage est indiqué pour obtenir la cessation des fièvres intermittentes qui résistent aux autres moyens thérapeutiques (particulièrement, dit M. Bourdon, dans une note ajoutée à ce passage, lorsqu'elles laissent après elles un engorgement de la rate). Ces eaux sont encore employées dans un grand nombre de circonstances laissées à l'appréciation des médecins : c'est ainsi qu'elles ont été heureusement mises en usage après de grandes opérations chirurgicales, pour rétablir les forces, et qu'elles ont fait disparaître des engorgements abdominaux, etc., etc. Elles conviennent aux femmes dont le flux menstruel est immodéré par faiblesse générale ou locale, et à celles que des écarts hygiéniques, des veilles fréquentes et prolongées ruinent et vieillissent avant le temps. » (idem.)

On voit déjà qu'il n'est pas un seul cas dans lequel les eaux de Passy ont été trouvées utiles, qu'on ne puisse, par une analyse rigoureuse, ramener à des conditions phlogistiques ou hypersthéniques, et que c'est par un véritable cercle vicieux, par des croyances routinières que l'on soutient encore de nos jours ces vieilles caractérisations erronées de leucorrhées asthéniques, d'hémorrhagies passives, de faiblesses gastriques, etc. Il y avait là une double erreur à la fois, l'une sur la nature de la maladie, l'autre sur l'action du remède. Nous ne voyons, par conséquent, d'autre contre indication dans l'emploi de ces eaux que les maladies véritablement asthéniques, telles que les affections saturnines ou mercurielles, le diabète, les hémorrhagies traumatiques, etc., et nous regardons comme erronées les prescriptions suivantes de MM.

Mérat et Delens. » Leur nature et l'observation médicale prouvent qu'elles sont contre indiquées dans les affections inflammatoires et chez les individus bilieux, irritables, ou dont la poitrine est malade; » — et celles-ci de M. Chenu : « Les eaux ferrugineuses, éminemment toniques, activant la circulation, la digestion et l'absorption, sont contre indiquées dans toutes les maladies aiguës. Elle ne peuvent être employées par les sujets forts, pléthoriques, disposés aux congestions, puisqu'elles développent la pléthore sanguine. On ne les conseillera jamais lorsqu'il y aura disposition à une inflammation, ni aux individus à constitution nerveuse, irritable ; à ceux menacés de phthisie ou dont la poitrine est faible, délicate ; à toutes les personnes atteintes d'affections organiques du cœur ou des gros vaisseaux. L'action de ces eaux sur l'utérus en contre indique l'usage pendant la grossesse. L'emploi prolongé ou mal indiqué occasionne de la pesanteur de tête, des gastralgies, des hémorrhagies plus ou moins graves. On doit donc cesser d'en boire, ou en diminuer la dose, dès qu'on éprouve de la céphalalgie, lorsqu'il n'est pas possible de choisir une source plus faible. Les eaux ferrugineuses qu'on emploie souvent dans les hémorrhagies utérines, ne sont utiles que dans les cas d'hémorrhagies passives, lorsque les vaisseaux utérins ont perdu leur conctractilité, et que le sang suinte à travers les orifices béants de ces vaisseaux. On a constaté leurs effets souvent nuisibles dans les métrorrhagies des femmes hystériques, qu'accompagne ordinairement un état d'éréthisme ; dans ce cas, on n'emploie avec raison les eaux ferrugineuses qu'après avoir fait usage des moyens calmants. Ces eaux ne doivent pas être conseillées dans les cas d'hypocondrie et de mélancolie. Elles sont encore contre indiquées lorsqu'il y a embarras des premières voies, engorgement des intestins, constipation opiniâtre, et généralement on doit en cesser l'emploi dès qu'elles sont difficilement supportées par l'estomac. » (Ouv. c.).

Tout ce qu'on peut dire dans ces cas de prétendue contre indication, c'est que l'eau minérale n'est pas toujours suffisante à elle seule pour la guérison ; mais il y a loin de là à une contre indication formelle. Nous aurions bien d'autres erreurs à relever sur les idées qu'on enseigne communément à l'égard des eaux ferrugineuses. On voit, en attendant, que nos indications et nos contre indications, à l'égard de la prescription des eaux de Passy, sont beaucoup plus larges et très différentes de celles qu'on a enseignées jusqu'à ce jour. Les observateurs compétents et non prévenus, diront si nous avons bien vu dans cette question.

Eaux sulfureuses. — Pésées au sulphydromètre de M. Dupasquier de Lyon. Les eaux sulfureuses les plus usuelles parmi nous, offrent, au point de vue de leur sulfuration le tableau suivant : — Eau d'Uriage, 3 degrés ; d'Aix en Savoie, 3° 2[10 ; des Pyrénées, 5° à 15° ; d'Attévard, 28° ; d'Enghien, 40 ; de Challes en Savoie, 200°. — Ces dernières sont en même temps les plus iodées connues jusqu'ici.

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

Eaux minérales des îles Marquises (*Océanie*). — « En parcourant ces contrées, l'on est surtout frappé du grand nombre des sources d'eaux minérales que l'on y rencontre. Ces eaux, que les naturels désignent du nom générique de *Vaikava*, sont situées le plus ordinairement dans des trous de quatre à cinq pieds de profondeur, sur trois ou quatre de largeur. Dans presque toutes les vallées, l'on rencontre de ces sources que l'on voit sourdre de terre le plus souvent en bouillonnant ; à leur sortie du réservoir, elles forment des ruisseaux qui vont se jeter à la mer. Nous avons cru, d'après quelques recherches, pouvoir classer ces eaux en deux sections bien distinctes : 1° eaux minérales simplement ferrugineuses ; celles-ci, en sortant de leur source, laissent sur les pierres avec lesquelles elles ont été en contact un dépôt rougeâtre, dont les traces bien sensibles s'aperçoivent quelquefois assez loin dans les vallées ; elles sont facilement reconnaissables à leur saveur atramentaire bien marquée ; le fer paraît s'y trouver à l'état de protoxyde ou de peroxyde. Ce principe minéralisateur existerait donc en assez forte proportion dans cette contrée ; ceci du moins tendrait à le faire présumer ; 2° eaux minérales acidules gazeuzes, contenant de l'acide carbonique à l'état probablement de carbonate. Dans les eaux de cette catégorie, l'on voit se dégager un grand nombre de bulles d'acide carbonique à la surface, et, en remuant la vase du fond de la source, le dégagement est très-considérable. Ces dernières sont acidules, aigrelettes et pétillantes ; dans quelques-unes, l'on trouve une petite quantité de fer sensible à la saveur qui le caractérise. Les Nukuhiviens font un grand usage de ces eaux, mais cet emploi est tout à fait empirique et sans aucun discernement. L'on trouve, dans presque toutes les cases, du vaïkava déposé dans des vases de bois ; il sert de boisson au même titre que l'eau ordinaire. Nous avons eu maintes fois à bord l'occasion d'employer ces eaux minérales, et nous nous en sommes toujours bien trouvé. Dans les nombreuses affections scrofuleuses que nous avons eu à combattre, nous prescrivions les eaux ferrugineuses ; celles chargées d'acide carbonique étaient utilisées par nous dans les dyspepsies, les névroses de l'estomac. L'emploi bien raisonné de ces eaux peut amener des résultats bien favorables dans une foule de circonstances, et nos successeurs ne négligeront probablement pas ces puissants modificateurs de l'économie. » (Topographie des îles Marquises, par le docteur Comeiras, chirurgien de la marine. Journ. de la Soc. de Méd. de Montpellier).

Eaux minérales aux goutteux. — Dans un travail sur la cure radicale de la goutte, et que nos lecteurs connaissent (t. 1, p. 241), nous sommes arrivés à cette conclusion : que les véritables remèdes de cette maladie étaient les hyposthénisants vasculaires, à action lente, au nombre desquels il fallait compter en première ligne les alcalis, les ferrugineux, les quininés. Les eaux minérales surtout dans lesquels dominaient les principes des deux premières catégories ont formé le point de convergence de nos considérations. Nous sommes heureux de trouver dans Barthez la confirmation de ces principes. « Le quinquina est, dit-il, singulièrement approprié dans l'état de faiblesse qui succède après les attaques : Les eaux martiales, prises avec les combinaisons et les précautions convenables, y sont aussi très appropriées, et particulièrement lorsqu'il faut remédier à l'affaiblissement de la digestion stomachique. Lorsque l'acide domine dans les produits de cette digestion, les eaux chaudes alcalines y sont spécialement indiquées » (Barthez,

Traité des mal. gout., ch. 4, § 45). Un peu plus loin, cet auteur ajoute : « Quand à la suite de longues et violentes attaques de goutte, la faiblesse et l'enflure des articulations rendent le mouvement des membres très difficile et très pénible, on conseille, pour résoudre les concrétions goutteuses qui sont placées dans les jointures, l'usage prudent des douches des eaux thermales sulfureuses sur les parties affectées, où l'on fait en même temps de douces frictions. On peut imiter dans ces cas la pratique que Williams suivait lorsqu'il faisait faire une semblable application des eaux d'Aix-la-Chapelle sur les extrémités ainsi affectées par la goutte. Il dit que, quoique ces eaux soient un résolutif extrêmement pénétrant, il faut s'abstenir d'en prendre les bains, surtout lorsque le relâchement est déjà considérable. Il conseille de faire précéder pendant quinze jours l'usage de ces eaux, si le malade n'est pas fort sanguin ou fort irritable. Williams dit que pendant les douches, pour contrebalancer l'effet relâchant des eaux, il faisait prendre communément trois fois par jour une drachme de quinquina et un mélange d'un scrupule d'alcali (dose qui doit être souvent trop forte) avec deux onces de citron. Il assure que ces remèdes avaient un plein succès étant continués environ un mois, et quelquefois plus dans des cas rebelles » (§ 47). Ces prescriptions sont au fond parfaitement conformes aux indications dictées par la thérapeutique dynamique et que nous avons formulées.

Etat dit sphéroïdal de l'eau. — Il est un phénomène extrêmement remarquable que l'eau présente lorsqu'elle est exposée au contact de certains corps en ignition et dont la connaissance ne se rattache que d'une manière accessoire à l'étude de la thermalisation des eaux minérales : nous voulons parler de l'état sphéroïdal des molécules aqueuses si bien étudié par M. Boutigny dans ces derniers temps. Comme il n'est pas impossible qu'une pareille condition se vérifiât dans certaines eaux près-volcaniques (puisqu'il est des sources qui ne viennent qu'à l'état de vapeur à la surface du sol), ces notions ne doivent pas être plus étrangères au médecin-hydrologue qu'au physicien.— Leydenfrost remarqua, en 1752, que des gouttes d'eau projetées sur un fer rouge y prenaient une forme globulaire et tournaient sur le fer en s'y vaporisant lentement. En 1825, Perkins reconnut qu'une chaudière remplie d'eau pouvait être chauffée au rouge sans donner presque de vapeur ; que dans cet état on pouvait la percer sans qu'il en sortit rien. En 1829, M. Bresson, ingénieur civil, s'occupant des causes des explosions des machines à vapeur, signala le phénomène de l'isolement de l'eau des parois d'une chaudière à vapeur trop chauffée, et pensa avec raison que ce pouvait être une des causes des explosions des machines à vapeur, car, par un refroidissement suffisant, tout le liquide se transforme instantanement en vapeur. M. Boutigny a repris ce phénomène et l'a étudié sur un grand nombre de liquides, et tous ceux qu'il a soumis à l'expérience, ont pu être ainsi maintenus sans bouillir dans un vase chauffé à une température de beaucoup supérieure à celle de l'ébullition du liquide. Cependant, M. Boutigny a opéré sur des corps extrêmement volatiles, tels que l'alcool, l'éther, et même l'acide sulfureux qui est gazeux, à la température ordinaire. Ces liquides, placés dans un creuset de platine, chauffé à la température blanche, restent liquide, et n'éprouvent qu'une faible évaporation ; et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que cette évaporation paraît se faire aux dépens de la température du liquide, comme si elle se faisait dans l'air ou dans le vide : en effet, M. Boutigny ayant porté au centre d'une masse d'acide sulfurique ainsi placée dans un creuset de platine chauffé à blanc dans une petite boule creuse remplie d'eau, cette eau se congela immédiatement ; la température se trouvait dans cette expérience portée à 11 ou 12 degrés au-dessous de zéro. Ainsi, l'on a pu faire de la glace dans un vase incandescent jusqu'à la température blanche. Lorsqu'un liquide volatil se trouve ainsi dans un creuset chauffé à blanc, il ne mouille pas le vase, il ne touche pas ses parois. M. Boutigny a donné le nom d'*état sphéroïdal* à ce mode d'être moléculaire particulier des liquides.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des fièvres, d'après l'école italienne.

Nouvelles données thérapeutiques (5e art.)

La fièvre intermittente, à laquelle nous avons consacré les quatre articles précédents, vient de former l'objet d'une discussion à l'Académie de médecine. Il s'agissait de savoir si les effluves paludéens pouvaient être considérés comme une cause spécifique de la maladie ; ou bien si l'humidité, jointe à certaines conditions thermométriques de l'atmosphère, n'était pas plutôt la source véritable de l'affection pyrétique. Cette discussion s'est bornée à de simples énoncés contradictoires, rien n'ayant été approfondi par une étude sérieuse. Les auteurs de ces débats n'ont même pas paru se douter que ce sujet avait été antérieurement traité par des cliniciens d'une grande autorité. Aussi, n'en est-il rien ressorti d'important en définitive. C'est que, d'une part, on ne professe sur la nature des fièvres intermittentes que les doctrines les plus erronées ; de l'autre, tel est l'isolement du savoir de certains observateurs que la science semble n'être véritablement entre leurs superbes mains qu'un fœtus éternel ! Les mots insignifiants de névrose, de névropathie, d'actions spéciales, d'intoxication, de maladie humorale par empoisonnement miasmatique du sang, prononcés avec une emphase plus ou moins ridicule, sont jetés sur les têtes des auditeurs comme une sorte de harnais bronzé ou de *nec plus ultra*, et l'on ne daigne même pas se demander si la science n'a pas marché *extra-muros*, si les faits publiés récemment dans ce journal sont de la réalité ou du rêve !

La question étiologique qui vient d'être agitée à l'Académie avait déjà été traitée à fond par l'école italienne moderne, et résolue négativement en ce qui concerne la spécialité miasmatique. Le miasme paludéen ayant été nié par les chefs de cette école, toute l'action des effluves a été réduite à des conditions hygro-thermométriques variables. Pour comprendre le mécanisme de ce principe d'action, ou, ce qui revient au même, la pathogénésie des fièvres intermittentes, il faut bien connaître d'abord la condition pathologique de l'affection. Laissons parler M. Giacomini, d'après le compte rendu de sa clinique de 1836, publié par le docteur Mugna, et que nous traduisons littéralement.

« Si l'on réfléchit, dit l'auteur, que les causes les plus

générales et partant les plus ordinaires des fièvres intermittentes sont les variations brusques et inattendues de température atmosphérique, les passages instantanés du chaud au froid, circonstance qui se rencontre spécialement dans la saison d'automne, à cause de la grande différence qui existe entre la température du jour et celle des nuits (Puccinotti, Della periodicità, etc.), l'on comprendra que le premier à ressentir l'effet malfaisant d'une pareille condition, c'est la surface du corps, l'organe cutané. Les vaisseaux capillaires dermiques, frappés par cette action, s'irritent, se contractent, se ferment, cessent de fonctionner. En effet, on voit de suite le calorique dermique, qui se rattache à l'action de ces vaisseaux, disparaître ; le malade est pris du frisson, la peau perd sa turgéscence normale, son onctuosité; elle se crispe, devient *anserine* (chair de poule) et pâle ; le pouls est petit et contracté (pouls systolique), les sécrétions dermiques s'arrêtent, les plaies se dessèchent, etc., par la raison que le sang ne pénètre pas librement dans la périphérie du corps, frappée par la condition hygrothermométrique de l'atmosphère. Aussi le sang s'accumule-t-il en grande abondance dans le cœur et dans les gros vaisseaux centraux. Il en résulte, dans ces parties, une congestion, un excès de stimulus, et par suite une phlogose de leur membrane interne. De là, une surexcitation, un surcroît d'action dans ces organes (1). Par suite de cette réaction cardiaco-vasculaire, le froid disparaît pour être remplacé par la chaleur ; la peau se colore de nouveau, devient turgescente par le passage libre du sang dans les capillaires cutanés ; le pouls est fort et plein, et bientôt une abondante sueur se manifeste, conséquence de cette réaction. Les phénomènes fébriles cessent par là, par le fait même de l'abondante transpiration dont l'effet antiphlogistique dissipe en partie la phlogose fondamentale. Celle-ci rétrograde en effet, le patient recouvre, du moins en apparence, et pendant quelque temps, sa santé habituelle. Cela est si vrai, que les fièvres périodiques qui manquent du stade de sueur, ou dont le stade sudorifique est incomplet, n'intermettent presque jamais tout à fait; cette observation est constante dans nos hôpitaux.

« Le patient cependant qui est affecté de fièvre périodique, ne peut se dire tout à fait bien portant pendant l'apyrexie, car il est rare que pendant l'intermittence il n'accuse une certaine pesanteur à la tête, surtout le matin en se levant, ou un sentiment de lassitude générale. En outre, il est pâle, et sa physionomie offre un certain cachet maladif qui, à l'œil du médecin observateur, dévoile, dès le premier regard, une maladie latente, dit J. Franck (vol. 1 p. 1, c. XI, § 5). Cela démontre déjà que la condition pathologique de ces fièvres est permanente et que les capillaires périphériques qui président à la nutrition et à la coloration de la peau sont eux-mêmes malades. La phlogose fondamentale une fois enracinée marche souvent d'elle-même malgré la cessation de l'action de la cause primitive, ainsi que l'a démontré l'illustre Tommassini ; elle persiste et donne lieu aux retours des accès, avec les mêmes alternatives. Le degré d'énergie de chaque paroxisme et le type de la fièvre elle-même, dépendent complètement de l'intensité de cette phlogose latente et du temps que ce travail morbide requiert pour s'exaspérer de nouveau après chaque amendement qu'a produit la perte de la sueur de l'accès précédent. On ne s'est perdu en conjectures sur la source de la périodicité que parce qu'on avait méconnu la véritable nature de la condition pathologique.

« Les suites ordinaires de ces fièvres, savoir, le développement morbide des organes abdominaux, en particulier du foie et de la rate, conséquence d'un état maladif du système sanguin, d'une sub-phlogose lente qui s'étend quelquefois jusqu'aux vaisseaux capillaires de ces organes ; les épanchements de sérum sous la peau et dans les cavités splanchniques, les inflammations viscérales graves auxquels sont souvent sujets les individus atteints de fièvre intermittente, ne laissent pas de doute sur la condition pathologique que nous venons d'établir. Nous trouvons à l'appui de notre manière de voir l'autorité de J. Franck, qui dit positivement : « Il n'est pas douteux pour moi que les paroxismes des fièvres intermittentes se rattachent à un travail phlogistique latent, et que la plupart de ces fièvres dépendent d'un reste de phlogose préalable rebelle » (V. 1, p. 1, sect. 1. c. 3, n° 47). Ce médecin ajoute avec raison que les ophthalmies intermittentes, les péripneumonies périodiques qui ont de la ressemblance avec les fièvres en question, n'en sont pas moins des inflammations ou des fièvres intermittentes larvées.—Si les médecins pouvaient douter encore de la nature phlogistique de la source des fièvres intermittentes, nous leur rappellerions le résultat de la saignée qui dissipe cette congestion, cette turgescence vasculo-cardiaque inflammatoire, qui est la source des phénomènes pyrétiques. On sait, d'autre part, que Robouam (Ann. univ. di med. t. 44, p. 131), a constamment fait avorter le paroxisme en appliquant des ligatures serrées autour des membres, dès le début du froid. Ceci s'explique par l'obstacle qu'un pareil moyen oppose à la circulation capillaire périphérique à verser son sang vers les centres vasculaires où la congestion doit s'effectuer pour la production de la réaction fébrile. Je citerai encore les nombreuses expériences de notre célèbre Giannini, qui était parvenu à faire avorter constamment l'accès fébrile en plongeant les malades dans un bain froid, pendant le stade de froid. Il est vrai que cet auteur trouvait dans ce résultat la confirmation de sa séduisante doctrine des *névrosthénies*, mais il n'est pas moins démontré par là que l'accès fébrile se rattache à des conditions de surexcitation. Les observations du grand Borsieri, à cet égard, s'accordent parfaitement avec ce qui précède (Inst. méd. Pract. t. 1, p. 2, § 113), et il nous semble impossible, à moins de fermer les yeux à la lumière, de méconnaître la nature inflammatoire de la maladie.

« Dans les intermittentes pernicieuses, que tous les médecins regardent comme des fièvres périodiques portées au plus haut degré de gravité, les meilleurs praticiens, tels que Mercato, Morton, Forti, Restaurando, Lancisi, Werlhoff s'accordent à prescrire la saignée avant l'administration du quinquina (Voy. Puccinotti, Della flogosi nelle febbri intermittenti perniciose, Urbino 1823). Comparetti, Morton, Forti, Werlhoff, Lauther, Wieussens, pratiquèrent la saignée répétée avec succès, spécialement dans les pernicieuses céphaliques. Comparetti, Starck, Galeassi, Borsiéri, Sacchero, en firent autant dans les pernicieuses catarrhales (Puccinotti, L. C.). Borsieri insiste spécialement sur la saignée dans la pernicieuse pleurétique. » Sans la saignée abondante préalable, dit-il, le quinquina reste insuffisant, car il y a là une diathèse inflammatoire qu'il faut abattre tout d'abord. » (L. c. § 174). Deux praticiens très recommandables de Rome, De Matthœis et Tagliabo, n'ont pu réussir à bien couper les pernicieuses émétique, dyssentérique, colique, ictérique, artrhitique, qu'en faisant de larges saignées avant d'administrer le remède péruvien.

(1) Cette opinion, déduite de la simple analyse physiologique des phénomènes de la maladie, se trouve aujourd'hui parfaitement confirmée par la belle découverte anatomo-pathologique de MM. Biaggi et Gargnani, dont nous avons déjà rendu compte (Not. du Trad.).

Dans les nombreuses autopsies faites par M. Puccinotti, ce savant clinicien déclare avoir constamment trouvé dans les pernicieuses céphaliques, des restes d'inflammation franche dans la boîte crânienne, savoir, des fausses membranes, des adhérences, des collections de sérum, des turgescences vasculaires; et dans les pernicieuses thoraciques, des phlogoses manifestes au poumon, à la plèvre, au cœur, au péritoine, à la rate, au foie, à la veine porte, etc. (Ouv. c.).

« Ces phlogoses qui accompagnent les fièvres pernicieuses, ou elles sont des complications véritables, ainsi que M. Puccinotti le pense avec la généralité des praticiens, ou bien des effets de la condition pathologique de la fièvre elle-même Dans la première supposition elles seraient tout à fait indépendantes de la fièvre périodique avec laquelle elles s'associent, car on entend par complication l'association ou la coexistence de deux maladies diverses, indépendantes l'une de l'autre; en effet, si elles étaient de même nature il n'y aurait pas complication, mais bien plutôt extension, diffusion, ou répétition de la même maladie. Or, nous le demandons: si les pernicieuses étaient constituées par une hyposthénie plus grave que celle qui produit les intermittentes bénignes, ainsi que quelques médecins le supposent, d'après l'hypothèse de l'action de certains remèdes qui la guérissent, comment se fait-il que la complication phlogistique est beaucoup plus fréquente et plus prononcée dans les premières que dans les secondes? Ce seul fait, constaté par l'observation journalière la plus incontestable, suffit déjà pour renverser l'hypothèse de la prétendue nature hyposthénique de ces fièvres. Comment, d'ailleurs, la phlogose qui accompagne les pernicieuses, suivrait-elle les phases des accès, se dissiperait-elle exactement par degrés avec le paroxisme lui-même, pour reparaître ensuite avec lui, s'il ne s'agissait que d'une simple complication de la fièvre? Il est évident, pour quiconque y réfléchit sans prévention, que cette prétendue complication n'est autre qu'un effet de la même cause qui produit la fièvre. En effet, l'observation démontre que la condition pathologique de la pernicieuse étant posée, il s'ensuit constamment la fièvre, et avec la phlogose de la fièvre, celle du poumon, du cerveau, etc; et qu'aussitôt que la condition est épuisée par le fait de la crise transpiratoire, la fièvre disparaît, et avec elle aussi la phlogose pleurétique, pneumonique, céphalique, etc. Par conséquent, l'une et les autres reconnaissent la même cause. Quelques personnes, cependant, supposent que ces complications phlogistiques ne sont que de simples effets de la fièvre elle-même, par suite des fluxions qu'elle détermine. Soit, si l'on veut; mais en ce cas, toujours est-il que les fièvres intermittentes sont constituées par un travail générateur d'une surstimulation et d'une phlogose.

« La plus forte objection qu'on oppose à la doctrine que nous soutenons est celle qu'on déduit du prétendu miasme paludéen, comme cause de ces fièvres. L'existence de ce principe n'est qu'une hypothèse basée sur ce fait: que les fièvres intermittentes, soit bénignes, soit pernicieuses, règnent endémiquement dans les lieux bas et marécageux, et qu'elles ne sont bien guéries que par un remède réputé spécifique, le quinquina et ses préparations. Cependant il est parfaitement constaté que les médecins qui exercent dans des pays secs, élevés, montagneux, ou dans des plaines parfaitement abritées des influences paludéennes, y rencontrent aussi tous les ans des fièvres intermittentes en assez grand nombre, simples et pernicieuses, lesquelles se guérissent pareillement par les préparations de quinquina. L'hypothèse que nous combattons perdra encore de sa force en réfléchissant que dans les pays paludéens, comme dans les pays dépourvus des conditions miasmatiques, la fièvre peut très bien se développer sous l'influence de variations thermométriques excessives, par les chaleurs vives du jour et les fraîcheurs prononcées des nuits, surtout dans les saisons où les fièvres intermittentes éclatent avec intensité (printemps, automne). On comprend par là, pourquoi la maladie doit régner de préférence dans les endroits bas et humides, dans les localités couvertes d'eaux stagnantes, puisque là les variations thermométriques dont nous venons de parler sont plus brusques, plus prononcées et plus fréquentes, les nuits y étant froides et les journées très chaudes. Aussi, les fièvres y sont-elles encore plus graves qu'ailleurs, ainsi que Santarelli l'a parfaitement prouvé (Ricerche intorno la causa delle perniciose nello stato romano. Osimo, 1808). L'habile professeur Folchi a combattu pareillement, par des observations positives, l'existence du prétendu miasme paludéen (Ann. Univ. di med.).—Quant à l'objection basée sur l'action prétendue spécifique des composés quiniques, elle n'a plus de valeur aujourd'hui, puique la maladie peut être parfaitement guérie par plusieurs autres médicaments. Il y a longtemps déjà que le profond clinicien Rubini écrivait que, d'après sa propre expérience, le meilleur moyen de guérir radicalement les intermittentes printanières, c'était la saignée (Dissertazione sopra la maniera meglio atta ad impedire la recidiva delle febbri periodiche. Madem. 1805). Or, il a été parfaitement démontré que les fièvres automnales ne diffèrent autrement des précédentes que par le degré plus prononcé d'intensité, c'est-à-dire par la phlogose plus intense en automne qu'au printemps (Pistelli. Ann. Univ. t. 21, 63). Les praticiens ont appris par expérience, en effet, que les saignées, quelques purgatifs, l'usage interne de la glace, suffisent souvent pour guérir les intermittentes printanières; mais ces moyens ne suffisent pas pour celles d'automne, et il faut leur adjoindre les hyposthénisants à action élective..... Nous terminons ces réflexions en faisant remarquer que dans les nombreux cas de ce genre que nous avons eu à traiter à notre clinique, nous avons constamment vu que l'action du quinine était plus énergique, plus décisive, plus franche quand nous faisions précéder son administration par la saignée, et que cette pratique était la meilleure pour prévenir la récidive. Le résultat n'était jamais aussi net, ni aussi durable quand nous attaquions le mal avec le seul quinine et sans saignée. Nous trouvons la raison de l'influence salutaire de la saignée dans la condition phlogistique de l'essence de la maladie. »

Nous devons à la vérité d'ajouter à la suite de cette traduction un passage d'un ouvrage de M. le baron Michel, publié en 1842, dans lequel le principe miasmatique est également rejeté comme hypothétique, et la fièvre est rapportée aux vicissitudes thermométriques de l'atmosphère. Ce médecin avait déjà, dans un autre ouvrage publié à Rome en 1813, et inspiré par le sol italien, soutenu les mêmes idées antimiasmatiques. « Bien que l'air des marais ne donne, dit-il, rien d'appréciable à l'eudiométrie, il n'en est pas moins une puissante cause prédisposante à laquelle il faut, en outre, une température élevée et le secours du froid pour produire cette maladie. C'est ainsi qu'on doit considérer comme causes prédisposantes, outre les évaporations humides et marécageuses, une chaleur forte qui exalte la sensibilité et toutes les puissances de nature dépressive qui agissent physiquement ou moralement sur nous; puis, comme

causes efficientes, le froid diurne produit par les orages et les pluies d'été, mais particulièrement le froid nocturne, qui est toujours plus intense en été. Il faut encore des localités favorables à leur développement; cela est si vrai, que dans certains pays élevés de la Romagne, où il n'y a pas de marais, on voit en été et en automne des fièvres intermittentes, simples et pernicieuses, dans la Sabine, dans l'Ombrie et surtout à Terni. Cette dernière ville, élevée, mais baignée par le fleuve Méra, qui se divise en une infinité de ruisseaux où l'eau coule rapidement, donne néanmoins tous les ans une grande quantité de fièvres de toute nature. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'à Rome, si l'été n'est pas très chaud, et qu'il n'y ait pas de pluies, on ne voit que très peu de fièvres graves; si au contraire l'été est chaud et accompagné de pluies d'orage qui abaissent brusquement la température, les fièvres pernicieuses deviennent très abondantes. Lancisi avait déjà fait cette remarque. On peut également avancer que plus les nuits sont longues, plus l'épidémie s'accroît... Dormir une seule nuit les fenêtres ouvertes dans la campagne de Rome suffit pour faire contracter cette fièvre. Le sommeil favorise puissamment l'action, etc.... Lancisi (De noxiis palud. effluv.) dit avoir observé à Rome, vers la porte Cavallegieri, que des personnes, qui habitaient un lieu bas, humide et insalubre, ne contractaient jamais la fièvre intermittente, parce qu'il y avait des fours à terre cuite et qu'elles étaient exposées à des feux continuels, tandis que leurs voisins la prenaient annuellement. On sait que ce célèbre médecin prétendait détruire, par des feux, les miasmes des marais. Il est démontré d'une manière évidente que le froid est la condition pathologique et le promoteur du génie intermittent, etc. » (Statis. méd. de l'hôp. milit. du Gros-Caillou, p. 37).

Une autre question non moins importante, qui a été posée dernièrement par l'un des plus habiles médecins des hôpitaux de Paris, M. Rayer, est celle-ci : Chez la femme enceinte saisie de fièvre paludéenne, quel traitement doit-on suivre sans encourir le danger de l'avortement? Une opinion accréditée parmi plusieurs médecins, et que M. Rayer partage fermement, c'est que le sulfate de quinine provoque sûrement l'avortement. Une dame qui se trouvait dans ce cas, en ville, a été traitée à l'aide du sel quinique; une metrorrhagie s'est déclarée et l'avortement a été inévitable. Une autre, venant dernièrement d'Afrique, offrant la rate hypertrophiée, des paroxismes très graves, a été traitée à Paris; on n'a pas osé administrer le sulfate de quinine, crainte d'avortement; on s'est contenté de quelques palliatifs, d'un peu d'opium, etc.; les accès se sont répétés et la malade a succombé. Nous tenons ce fait de M. Rayer lui-même. Les cas de ce genre ne doivent pas être rares dans certaines localités, et pourtant la question ne se trouve traitée dans aucun des ouvrages classiques; elle n'est même pas indiquée dans nos dictionnaires de médecine.

Bien que nous n'ayons jamais rencontré de malades dans ces conditions, les cas de ce genre étant extrêmement rares à Paris, les idées que nous avons exposées sur la nature des fièvres intermittentes et sur le véritable principe d'action du sulfate de quinine, ne nous laissaient pas le moindre doute sur les données qui doivent diriger le praticien en pareils cas. Néanmoins, nous avons cru, avant de nous prononcer, devoir consulter la longue expérience d'un confrère, qui a eu l'occasion de traiter à Gênes des femmes enceintes dans les conditions en question. La réponse de M. Mojon a été que, non-seulement il a administré avec un succès complet le sulfate de quinine sans observer d'avortement, mais encore qu'il a pu, à l'aide de ce remède, arrêter l'avortement imminent chez des femmes non pyrétiques. Il en est effectivement du sulfate de quinine comme du seigle ergoté: tant qu'il y a dans la matrice enceinte des conditions phlogistiques, le remède s'épuise sur la condition morbide, et s'il y avait métrorrhagie ou toute autre menace d'avortement par la condition précitée, l'écoulement est arrêté et l'utérus retient le produit de la conception.

Sans nul doute, le sulfate de quinine provoque l'avortement comme le seigle, comme l'arsenic, comme le nitrate de potasse, comme le tartre stibié, comme les ferrugineux, comme la digitale ou tout autre hyposthénisant cardiaco-vasculaire, si on l'administre à certaines doses durant l'état normal de l'organisme; mais en cas de maladie hypersthénique, de phlogose vasculo-cardiaque comme la fièvre intermittente, c'est une autre affaire, pourvu qu'on agisse avec précaution, qu'on ne dépasse pas les limites de la tolérance. On peut en effet se comporter dans ces occurrences comme si la grossesse n'existait pas, en surveillant toutefois l'action du remède pour s'arrêter aussitôt que le but est atteint. M. Mojon nous a assuré avoir aussi administré le sulfate de quinine à des femmes enceintes pour des maladies diverses, sans le moindre inconvénient. En conséquence, l'on est autorisé à penser, que dans le cas cité par M. Rayer, l'avortement était indépendant du sulfate de quinine, se rattachant vraisemblablement à la maladie elle-même, qui avait pu se propager jusqu'aux vaisseaux de l'utérus. Il est même à craindre qu'une pareille condition ne soit fréquente chez la femme enceinte affectée de fièvre intermittente, la phlogose s'allumant aisément, comme on sait, dans les vaisseaux utérins durant la gestation, et d'autant plus que le siége de la fièvre est dans l'arbre vasculaire. L'analyse chimique a déjà appris sur les chiennes grosses que l'arsenic passait de la mère dans le corps du fœtus; il en est probablement de même du sulfate de quinine et du seigle ergoté; mais qu'importe? Est-ce que le fœtus qui fait partie de l'organisme de la mère n'est pas lui-même malade en même temps qu'elle? Il doit donc comme elle avoir besoin de sa quotité proportionnelle du remède; l'expérience s'accorde parfaitement avec la théorie à ce sujet.—D'autres questions se rattachent à la thérapeutique des fièvres intermittentes; nous les aborderons dans le prochain numéro.

CLINIQUES MÉDICALES.

Hôpital de la Charité. (M. Rayer.)

Epilepsie. — Asthme. — Revaccinations.

L'épilepsie, que nous avons dernièrement étudiée au triple point de vue de son siége, de sa nature et des indications thérapeutiques qu'elle présente (numéro d'août, p. 171, 174), revient sans cesse dans la pratique, et toujours avec de nouveaux embarras quand il s'agit de formuler des remèdes qui doivent, soit prévenir le retour des accès, soit les faire avorter dès leur apparition. Une jeune femme traitée dernièrement à la Charité et guérie par M. Rayer d'une épilepsie quotidienne datant de cinq ans, ramène naturellement notre réflexion sur cette importante question.

Il s'agit d'une jeune personne, âgée de 20 ans, de taille plutôt petite, assez maigre, de constitution délicate, petite tête, épileptique depuis l'âge de quinze ans. Elle affirme que ses accès revenaient tous les jours, et quelquefois même deux ou trois fois en 24 heures; elle avait été traitée sans aucun succès, d'après son dire toujours, dans plusieurs hôpitaux de Paris, à la Pitié, à Necker, à Cochin où elle avait subi divers traitements. Enfin, étant enceinte de sept mois, et toujours épileptique comme auparavant, elle s'est fait recevoir dans le service de M. Rayer, où les accés ont été parfaitement constatés. Ce praticien l'a mise à l'usage du nitrate d'argent; d'abord à la dose de trois centigr. (demi-grain), puis de cinq centigr. (un grain) par jour. Cette dose était pulvérisée et réduite en une pilule à l'aide d'un peu de gomme. Au bout de quelques jours, les accès avaient déjà perdu de force et de fréquence; puis ils ont cessé complétement au bout d'un mois de traitement. La grossesse avançait vers son terme normal et les accès ne reparaissaient pas; on a éloigné les prises du remède, on les a cessées tout à fait, puis on y est revenu de temps en temps. En attendant, l'accouchement s'est opéré régulièrement, l'enfant est venu vivant, mais quinze jours après il est mort. Ceci s'est passé vers le mois de mai dernier. Après les couches, les accès épileptiques ont reparu de temps en temps; on est revenu au nitrate d'argent à la dose de cinq centigr., que l'on a répété pendant treize jours seulement. Depuis lors le mal n'a plus reparu du tout jusqu'aujourd'hui 8 octobre : ainsi voilà quatre pleins mois que le mal ne reparaît plus, malgré la cessation de tout remède pendant ce temps; la patiente se porte bien, et elle vient de recevoir son *exeat*. Le nombre total des pilules prises s'élève à une cinquantaine; il n'existe aucune coloration à la peau par l'action du remède. — Est-ce bien là une guérison radicale d'épilepsie? On peut le croire, si la femme ne trompe pas, et elle ne paraît pas avoir d'intérêt à tromper. D'ailleurs si les accès étaient revenus durant son séjour à l'hôpital, on l'aurait su; car les malades sont surveillés. D'après les expériences comparatives que M. Rayer a eu l'occasion de faire avec différents remèdes, le nitrate d'argent a paru à cet habile praticien donner les meilleurs résultats. Aussi s'est-il aujourd'hui définitivement arrêté à ce moyen, bien qu'à la vérité les faits qu'il possède ne soient pas très nombreux. M. Rayer a observé, dans plusieurs cas, une grande amélioration sous l'influence de ce médicament, sans pourtant arriver jusqu'à la guérison, c'est-à-dire que les accès ont été éloignés et leur durée est devenue très courte. L'accès lui-même reste incomplet ou se limite dans une partie du corps quelquefois : c'est ainsi, par exemple, que chez un magistrat haut placé, l'accès s'était réduit, sous l'influence du nitrate d'argent, à une sorte d'ébranlement convulsif du bras et de la tête, pendant quelques minutes, sans que le patient perdît connaissance. Le sel argentique peut être continué à la dose ci-dessus pendant deux mois, sans que la peau en soit tachée.

Il n'y a sans doute rien de neuf dans ces observations; mais la guérison de l'épilepsie est si difficile, si rare, qu'on ne saurait trop appeler sur cette fâcheuse maladie l'attention des praticiens. On peut vraiment dire sur ce sujet que la pauvreté de l'art est excessive au milieu d'une grande richesse de moyens proposés. Par cela même que le mal est regardé comme incurable, on ne se donne plus la peine de bien approfondir les indications thérapeutiques, et l'on ne prescrit rien le plus souvent. C'est extrêmement fâcheux. Nous croyons avoir démontré par les faits que nous avons publiés dans le numéro ci-dessus indiqué, que l'épilepsie est toujours curable dans certaines conditions, et que les indications qu'elle présente sont subordonnées à sa condition pathologique que nous avons essayé de préciser. Tant qu'on n'aura sur la nature de la maladie que les fausses idées qu'on enseigne communément; nous voulons dire, tant qu'on ne considère l'accès que comme étant la maladie elle-même, et sans tenir compte de la condition pathologique de l'encéphale d'où les phénomènes dérivent, on ne pourra préciser aucune indication thérapeutique ni former un pronostic rationnel. D'un autre côté, tant que l'on ne professera sur l'action des remèdes que les vieilles idées consignées dans les dictionnaires de médecine et dans des traités même récents de matière médicale, l'on sera dans l'impossibilité de formuler une prescription bien basée, suivant les indications que chaque cas d'épilepsie présente. Nous nous sommes longuement expliqué sur toutes ces questions dans l'article cité, nous y renvoyons le lecteur. Ajoutons seulement ici que ce n'est pas seulement le nitrate d'argent que le praticien pourra opposer avec avantage à l'épilepsie, mais une foule d'autres remèdes qu'il doit diversement combiner, tels que l'indigo, la digitale, la belladone, le sulfate de quinine, les alcalis, etc., sans en exclure les évacuations sanguines. Disons enfin qu'un moyen qu'on trouve fort efficace de nos jours pour faire avorter l'accès, dès son invasion, c'est l'ammoniaque liquide, à la dose de 10, 12, 15 gouttes, dans un peu d'eau sucrée qu'on fait boire.

— **L'asthme** est au nombre des affections fréquentes dans les hôpitaux de Paris. Dans l'espace d'un à deux ans, il s'en est présenté une centaine de cas dans le service de M. Rayer seulement. La plupart de ces malades ont été traités à l'aide de l'ammoniaque liquide appliquée momentanément dans le fond de la gorge, à l'aide d'un petit pinceau de charpie. Ils ont été presque tous grandement soulagés et quelques uns guéris tout à fait pendant trois ou quatre mois, puis les accès reparaissaient et l'on recommençait le traitement avec le même avantage; ainsi de suite. Avant d'entrer dans quelques détails sur les conditions des sujets que nous avons observés dans le service de M. Rayer, disons comment on s'y prend pour appliquer le remède aux environs de la

glotte. On mêle quatre parties d'ammoniaque liquide et une partie d'eau. Ce mélange, on le conçoit, n'offre pas toujours la même intensité, par la raison que l'ammoniaque liquide, ou plutôt l'eau dans laquelle le gaz ammoniac est dissout n'est pas toujours saturée, le principe alcalin s'échappant aisément. On sait que pour se saturer, l'eau n'absorbe que le tiers de son poids de gaz. Aussi est-il important d'essayer l'intensité du mélange prescrit avant de s'en servir. Pour cela, on trempe le pinceau en linge ou en charpie qui doit servir à l'opération (volume de la dernière phalange du doigt médius); on l'exprime et on le rénifle en l'approchant rapidement du nez; l'impression qu'on en reçoit indique approximativement le degré de dégagement; s'il semble trop fort, on attend un instant pour qu'il s'affaiblisse. Il est bon de commencer toujours par un degré médiocre. On pourrait préciser le degré de saturation à l'aide de l'aéromètre; on sait que l'eau saturée d'ammoniaque marque 30° 1[2; mais dans les pharmacies, l'ammoniaque n'est jamais aussi concentrée, et elle n'a communément que 18 à 20°. On porte le pinceau ainsi trempé et *exprimé* dans le fond de la gorge du malade, précisément sur le voile du palais d'abord, on l'y laisse appliqué quelques instants comme si on voulait cautériser cette partie. Le malade est saisi aussitôt de suffocation, d'agitation, de commotion musculaire par le fait même de l'action mécanique, irritante, du gaz qui se répand sans doute sur la glotte et même dans les bronches en se mêlant à l'air. On doit aussitôt retirer le pinceau, crainte d'accidents. Le malade expectore considérablement pendant cet orage, puis le calme survient et il se trouve notablement soulagé.

La nuit suivante est ordinairement bonne, l'accès est faible ou il manque tout à fait, et le patient peut dormir; il présente beaucoup moins d'orthopnée, la respiration est moins sibilante, moins difficile, plus calme, plus complète; le visage moins injecté, moins violet; la dyspnée est moindre, le patient est manifestement mieux. Si ce mieux n'est pas très prononcé, ou s'il y a menace au retour de l'accès, on recommence le lendemain la même opération; comme on connaît déjà alors le degré de tolérance du patient, on sait si l'on doit affaiblir la force du mélange, rester dans le même degré que la veille ou l'augmenter; et l'on sait aussi si l'on peut appliquer plus fortement le pinceau, l'y maintenir plus longtemps; s'il convient de ne pas dépasser la voûte palatine, ou bien de badigeonner le voile du palais, ou même le plancher pharyngien contre la colonne vertébrale. On ne doit arriver à ce dernier point que dans quelques cas exceptionnels, une pareille application pouvant occasionner des accidents, ainsi que nous le dirons. En général, le pinceau ne doit pas dépasser le voile du palais pour que les choses se passent sans danger. Cette seconde application de l'ammoniaque est suivie des mêmes phénomènes que précédemment, et l'amélioration est souvent plus prononcée alors. Les accès asthmatiques cessent tout à fait, et, chose remarquable, le catarrhe bronchique, l'emphysème pulmonaire disparaissent et les malades se trouvent presque guéris, ils dorment bien et reprennent des forces. On recommence plus tard le traitement si les phénomènes asthmatiques reparaissent. Chez quelques malades, la fomentation ammoniacale ne fait disparaître que les seuls accès asthmatiques et l'emphysème, le catarrhe persiste; on le traite par divers moyens, en particulier par les vésicatoires volants, et l'on obtient presque toujours des résultats satisfaisants. Chez d'autres, au contraire, le remède ne produit que des résultats éphémères, ce qui veut dire déjà que la chose n'est avantageuse que dans certaines conditions organiques que nous essayerons de déterminer. Ajoutons, en attendant, que chez quelques asthmatiques, M. Rayer a essayé de donner l'ammoniaque en boisson, à la dose de 8 gouttes dans une tisane; les malades ont éprouvé du mieux, mais pas aussi prononcé ni aussi durable que par le procédé précédent.

Il importe, disions-nous, que le pinceau trempé d'ammoniaque ne soit pas porté trop en arrière dans le gosier, ni laissé trop longtemps en contact avec les parties molles, surtout avec la paroi pharyngienne postérieure, la réaction qu'une pareille application entraîne occasionnant chez quelques individus des phénomènes effrayants, avec menace de mort instantanée. Dans un dernier cas de ce genre que nous avons observé à la Charité, et dont il a été question dans un journal (Journ. des connaiss. méd.-chir., oct. 1845), il s'agissait d'un jeune homme hémiplégique, aphone et préalablement épileptique; le pinceau ammoniacal a été porté fortement au fond du pharynx, et maintenu assez longtemps. Des convulsions horribles avec suffocation sont survenues à l'instant; on a cru que le malade allait succomber. Heureusement l'orage s'est apaisé. Dans un autre cas, on a été sur le point de pratiquer la trachéotomie. Par ce mode opératoire, l'ammoniaque, qui s'exhale en grande abondance par la chaleur de l'arrière-gorge, agit trop vivement sur la glotte, ce canal se rétrécit spasmodiquement et le malade est menacé d'asphyxie mortelle. On n'ignore pas, au reste, que des cas de mort ont été observés par la présence d'une certaine quantité d'ammoniaque répandue dans l'air. Percy a rapporté l'histoire du fils d'un pharmacien qui périt ainsi, quoique secouru presque aussitôt, victime de la fracture d'un flacon plein d'ammoniaque (Bull. de la Fac., 1815, p. 517). Un cas pareil a été observé par MM. Mérat et Delens. Il est d'autant plus important d'agir avec circonspection que les bienfaits de ce moyen ne se rattachent pas à la cautérisation, à la prétendue révulsion œsophagienne, ainsi qu'on se l'imagine, ni à l'action nerveuse; car, en ce cas, tout autre corps irritant, cautérisant, appliqué sur le même lieu produirait le même effet, ou même un effet plus prononcé, puisque la cautérisation par l'ammoniaque délayée est fort légère sur le gosier. Nous verrons qu'il n'y a là qu'une action dynamique portée directement sur l'organe malade. — Mais avant d'aller plus loin, on doit se demander si cette médication contre l'asthme est nouvelle. Libre à quelques charlatans de raconter leurs historiettes amusantes, nous devons à la science de déclarer que la méthode dont il s'agit, et qu'on exploite depuis quelque temps à Paris, n'a pu être puisée que dans la traduction de l'ouvrage de M. Giacomini, le seul, à notre connaissance, qui parle de l'usage de l'ammoniaque comme moyen curatif de l'asthme et du catarrhe. Voici le passage auquel nous faisons allusion:

« Dans la seconde catégorie viennent les faits dans lesquels l'ammoniaque a été administré comme moyen de favoriser la transpiration cutanée et pulmonaire. Ainsi, dans les affections dépendant d'une transpiration arrêtée, dans les fièvres dites rhumatismales, dans la sécheresse de l'or-

gane cutané, dans les exanthèmes repercutés ou difficiles à se montrer au dehors, *dans l'asthme dit humide, dans le catarrhe chronique*, etc..., les praticiens conseillent l'ammoniaque» (Giacomini, Mat. méd. et thér., p. 47, 1re col., édit. de Paris). Nous avons voulu vérifier dans l'original italien ce passage de l'ouvrage; il est est exactement traduit, et comme l'auteur n'y rapporte aucune citation, nous sommes autorisé à présumer qu'une pareille prescription contre l'asthme doit être triviale chez les médecins de la péninsule; autrement l'auteur n'aurait pas manqué, à son ordinaire, de citer les ouvrages où cela se trouve. Au reste, nous n'avons voulu que faire constater un fait historique, sans y attacher plus d'importance que la chose ne mérite. — Trois questions se présentent à l'occasion des faits précédents : 1° quels sont précisément les cas d'asthme dans lesquels l'ammoniaque peut être prescrit avec avantage, et ceux dans lesquels il est insuffisant ou nuisible? 2° quel est le véritable principe d'action de ce remède dans ces occurrences? 3° est-il indispensable de porter l'ammoniaque dans le gosier pour en obtenir de bons résultats? Nous essayerons d'y répondre d'après ce que nous avons observé dans le service de M. Rayer.

Pour résoudre la première question, il faudrait tout d'abord pouvoir préciser la condition pathologique de l'asthme. On regarde généralement l'asthme dans les hôpitaux de Paris comme un phénomène d'emphysème pulmonaire, avec ou sans dilatation des bronches. Cependant, outre que tout emphysème spontané ou traumatique du poumon ne s'accompagne pas des symptômes propres à la maladie qu'on est convenu d'appeler asthme, savoir, une affection apyrétique intermittente, à accès ordinairement nocturnes, et caractérisés par une suffocation avec convulsion spasmodique des muscles respirateurs, avec resserrement instantané de la glotte, oblitération temporaire des vésicules bronchiques et empêchement au passage de l'air jusqu'à ces vésicules; outre que, disons-nous, tel n'est pas précisément l'appareil symptomatologique de tout emphysème pulmonaire, il est évident que l'emphysème lui-même se rattache à une autre condition morbide dont l'extravasation aérienne est un effet. Il faut donc remonter au delà pour s'en rendre compte. Tout ce qu'on peut affirmer cependant, c'est que l'emphysème accompagne constamment l'asthme; mais on peut en dire à peu près autant du catarrhe bronchique qui ne manque que bien rarement. Il y a, au reste, une certaine ressemblance entre le retour des accès nocturnes de la toux de la bronchite capillaire apyrétique et ceux de l'asthme: mais les phénomènes intrinsèques des deux affections sont différents, bien qu'ils existent et se confondent souvent ensemble. Il résulte de l'observation journalière que tantôt l'asthme s'offre à l'état compliqué de lésions organiques du cœur ou de l'aorte, ou de tubercules; tantôt il existe sans ces complications, quoiqu'il soit d'ailleurs accompagné d'emphysème et de catarrhe. Dans ce dernier cas, le mal peut être appelé simple, l'emphysème et le catarrhe pouvant être considérés comme des symptômes de l'affection. Or, il résulte des faits que nous avons observés à la Charité, que c'est cette dernière espèce d'asthme, c'est-à-dire l'asthme simple (essentiel ou idiopathique des auteurs) que l'ammoniaque soulage grandement et guérit même tout à fait dans certains cas. L'on ne peut néamoins dire que le remède soit nuisible dans l'asthme dit symptomatique; mais il est évidemment insuffisant, et l'on comprend pourquoi.

Le diagnostic de ces deux espèces d'asthme étant facile de nos jours, puisque les complications organiques dont nous venons de parler sont, de prime-abord, reconnaissables à l'aide de la percussion et de l'auscultation, on peut, par conséquent, préciser d'avance les cas dans lesquels le médicament offre des chances favorables. Dans les intermittences des accès d'asthme simple, le patient ne souffre pas, il semble bien portant comme celui qui est travaillé par une fièvre intermittente; tandis que dans l'asthme compliqué, il y a dyspnée continue par les lésions organiques, indépendamment des accès asthmatiques intercurrents, ce qui rend le cas beaucoup plus grave. — Terminons ce premier point en faisant remarquer que quand on veut remonter à la source pathologique de l'affection, on peut plutôt dire ce que l'asthme n'est pas, que ce qu'il est réellement. S'il était néanmoins permis d'émettre une conjecture d'après les phénomènes apparents, on pourrait soutenir l'opinion de ceux qui placent l'essence de l'asthme dans une contraction spasmodique de l'arbre bronchique, ou plutôt de la membrane qui entoure la face externe de chaque tube bronchique, et que Reisseissen et M. Cruveilhier ont démontrée être musculaire. Il est parfaitement constaté en effet, par l'auscultation, que durant les accès asthmatiques, l'air ne pénètre point dans les vésicules bronchiques, et c'est là ce qui distingue cette maladie de la dyspnée proprement dite; car ici l'air pénètre en partie dans les vésicules. Il reste toujours cependant à savoir à quoi tient ce spasme de l'arbre bronchique. On l'attribue à une névrose; on peut le croire plutôt subphlogistique, comme dans la fièvre intermittente. On dirait que les petites bronches se contractent périodiquement par exaspération répétée de la sub-inflammation, comme les vaisseaux capillaires de la peau se resserrent dans chaque accès de fièvre intermittente. Il est constant, au reste, que les substances réellement excitantes, comme les alcooliques, nuisent aux asthmatiques. Il serait à désirer que de nouvelles recherches nécropsiques pussent remplir cette importante lacune. L'asthme est une maladie très fréquente chez le cheval; des autopsies bien faites pourraient peut-être jeter un grand jour sur la même affection chez l'homme.

Arrivons à la seconde question. Nous avons déjà fait remarquer qu'on ne devait voir dans le résultat en question de l'ammoniaque qu'un effet de son action dynamique portée immédiatement sur l'organe malade, action analogue à celle que Scarpa avait obtenue dans les amauroses congestives à l'aide du même remède porté sur les yeux au moyen d'une fiole. Et la preuve qu'il s'agit bien d'un effet dynamique et non mécanique ni nerveux, c'est que si vous portez sur le voile du palais un autre remède irritant quelconque, comme un fer incandescent, par exemple, de l'alcool bouillant, de la teinture de canelle, un linge trempé dans du vin très chaud, vous n'obtiendrez pas le même effet; loin de là, vous verrez le mal empirer considérablement. On doit, au reste, considérer deux choses dans la médication en question : l'action physico-chimique locale qui est manifestement irritante, et l'action dynamique qui résulte de l'absorption prompte de l'ammoniaque dans les bronches où elle passe avec l'air. La première action est peu importante sous le rapport thérapeutique; elle est incommode et

nuirait sérieusement si elle n'était bientôt dominée par l'effet dynamique qui se répand non seulement sur le poumon, mais encore sur tout l'organisme. Il s'agit maintenant de savoir quelle est la nature de l'action dynamique de l'ammoniaque. On ne peut juger cette action d'après l'effet local; il faut donc l'étudier dans les phénomènes généraux qu'elle détermine. — Jusqu'à ces derniers temps, l'ammoniaque avait été considérée comme excitante par l'école de Rasori. M. Giacomini lui-même l'avait classée parmi les remèdes hypersthénisants. Des observations ultérieures cependant semblent infirmer la valeur des premiers faits sur lesquels une pareille opinion avait été basée. De nouvelles recherches, de nouvelles expériences sur ce médicament sont devenues par là indispensables pour classer définitivement l'ammoniaque. Dans une lettre que M. Giacomini nous avait écrite il y a quelque temps, il croyait voir dans ce médicament une action dynamique hyposthénisante; la chose est encore à l'étude et nous attendons les résultats de nouvelles observations pour la solution de la question. Au reste, nous ne doutons point que l'ammoniaque ne soit un hyposthénisant, d'après les effets que nous avons observés dans l'asthme et dans l'amaurose congestive. Dans l'un et l'autre cas, vous avez une évacuation humorale (mucus, larmes), puis des effets résolutifs analogues à ceux que produisent d'autres hyposthénisants. Si, au lieu d'ammoniaque, on fait agir dans ces cas l'alcool bouillant, vous aurez aussi une évacuation humorale, mais le mal augmente : l'épreuve en a été faite pour les yeux. — Il résulte de cette discussion sur l'ammoniaque qu'il n'est pas indispensable d'appliquer cette substance dans l'arrière-gorge pour obtenir l'effet qu'on en attend dans l'asthme, son absorption par l'estomac devant conduire aux mêmes résultats si on l'administre à dose suffisante. M. Rayer en effet en a obtenu de bons effets; mais il ne l'a donné qu'à faible dose : aussi ces résultats n'ont-ils pas été durables. Il s'agit donc d'insister dans le remède à dose convenable par les autres voies d'absorption, sans en exclure les voies respiratoires elles-mêmes, en approchant souvent un flacon de médicament vers les narines, ou le répandant dans l'air; la voie rectale, la voie dermique, comme la voie de l'estomac, peuvent servir concurremment pour l'administration répétée de l'ammoniaque. Ne sait-on pas, par exemple, que la belladone qui, appliquée autour de l'orbite, dilate l'iris, hyposthénise le globe oculaire, et le cerveau produit exactement les mêmes effets si on l'adminittre par le rectum, par l'estomac, par frictions sur les membres, ou si on l'injecte dans les bronches. L'ammoniaque ne peut faire exception à cette loi générale de l'action par absorption. Nous aurons probablement l'occasion de revenir sur cette question.

— **Les révaccinations** viennent de recevoir en France une sanction solennelle par le rapport dernier de l'Académie des sciences. Il est donc bien établi aujourd'hui, d'après un très grand nombre d'observations, que la vaccine ne préserve de la variole que temporairement, pendant une durée de quatorze ou quinze ans, et qu'au bout de ce temps il est prudent de se faire revacciner, alors même qu'on aurait eu l'éruption variolique spontanée au lieu de la vaccine. L'expérience démontre en effet tous les jours dans les hôpitaux et ailleurs des cas de variole sur des individus qui avaient été autrefois vaccinés ou qui avaient subi l'éruption spontanée, ainsi que cela résulte des marques cicatricielles qu'ils présentent. Nous avons cependant fait remarquer dans le dernier numéro que ces malades qui offrent l'éruption variolique, malgré leurs antécédents prophylactiques, sont constamment des sujets jeunes, âgés de 15 à 30 ans environ, des deux sexes. Nous n'avons pas observé dans les hôpitaux ni entendu parler de cas de ce genre bien au dessus de cet âge. Si cette remarque venait à être confirmée par les observations ultérieures, elle conduirait à cette conséquence, que les revaccinations ne sont pas nécessaires après l'âge de 30 ans, la variole n'étant pas contractile au delà de cet âge. Cette limite, dont nous remettons la vérification aux observateurs, n'offre rien d'anomal, par suite des modifications naturelles que subit l'organisme, puisqu'on sait que la gale, par exemple, n'est contractée presque jamais dans la vieillesse, tandis que, d'autre part, les jeunes filles la contractent plus facilement que les garçons, et d'autant plus facilement que leur épiderme est délicat. Nous devons cependant faire remarquer que s'il est vrai que l'âge avancé met à l'abri des atteintes de l'éruption variolique, cela ne préjuge rien à la susceptibilité de contracter l'inoculation vaccinale, ainsi que nous allons le prouver. Autre chose est en effet recevoir le virus sous l'épiderme, autre chose est d'être exposé à la contagion par l'action de l'air.

M. Rayer fait en ce moment, à la Charité, des séries d'expériences bien intéressantes, en inoculant la vaccine à des individus qui y sont traités pour des maladies diverses. Dans une première série, on a agi sur douze individus des deux sexes, âgés de 30 à 50 ans environ. Six avaient été bien vaccinés dans leur enfance; les six autres avaient été variolés anciennement; ils portaient des marques évidentes de ces conditions antérieures. Ils étaient à l'hôpital pour des affections rhumatismales, typhoïdes ou d'autre nature. L'inoculation a été faite aux deux bras, et elle a pris sur cinq individus. Les boutons cependant n'offrent pas l'exubérance ombiliquée et rubéolique de la vaccine chez l'enfant. L'aréole péripustulaire et la tumeur basilaire sur laquelle la pustule normale se montre ordinairement n'existaient manifestement que sur un ou deux des cinq individus. Les pustules, au reste, étaient assez prononcées, elles ont suivi une marche un peu langoureuse, sont passées à la période de suppuration sans présenter d'abord la forme séro-limpide, et enfin elles se sont aplaties et couvertes d'une croûte. Chez la plupart, elles ont offert de la ressemblance avec les boutons de varioloïde. Chez un ou deux, les ganglions axillaires se sont engorgés. On a remarqué que sur les cinq chez lesquels le vaccin a pris, il y en avait trois qui avaient eu la variole, ce qui semblerait confirmer l'opinion de ceux qui croient que la vaccine préserve mieux que la variole elle-même. M. Rayer pense que ces pustules sont multiloculaires; il multiplie les expériences, se proposant d'inoculer la matière de ces mêmes pustules. Ce qui nous a semblé surtout remarquable dans les résultats obtenus jusqu'ici par M. Rayer, c'est de voir l'inoculation prendre assez bien sur des individus âgés de 45 à 50 ans, et qui seraient vraisemblablement incapables de contracter la variole.

Pourquoi la vaccine n'a-t-elle pas pris chez les autres opérés? C'est ce qu'il serait difficile de dire. Pourrait-on conclure de là que le vaccin et la variole ne préservent pas chez tous les individus au même degré, puisque les uns contractent, les autres pas, l'inoculation vaccinale? La maladie dont les sujets

étaient atteints exerce-t-elle quelque influence, soit dans la fixation de la matière vaccinale, soit dans le développement et la marche des pustules? C'est ce qui serait difficile de dire. Rappelons seulement ici deux observations de M. Mojon, consignées dans un ancien rapport de M. Serres à l'Académie des sciences : la première, c'est que le vaccin inoculé chez l'enfant ne doit être regardé comme parfaitement préservatif qu'autant que les pustules ont, pendant le parcours de leurs périodes, provoqué un certain malaise général et du mouvement fébrile. Quand cette dernière circonstance a manqué, M. Mojon a inoculé de nouveau à quelque temps de là, et la revaccination a pris. La seconde, c'est que les pustules vaccinales, quoique très belles, ne préservent qu'imparfaitement de la variole, si l'on a l'imprudence, ainsi qu'on le fait souvent, de s'en servir de toutes pour inoculer d'autres enfants. En piquant ainsi les pustules, en en extrayant le virus, on enlève la matière qui, résorbée, doit établir dans l'économie la condition prophylactique; le travail salutaire est dérangé, les périodes, la marche de la pustule sont arrêtées. Aussi M. Mojon établit-il de rigueur, dans les inoculations de bras à bras, de ne pas piquer toutes les pustules, d'en laisser une ou deux intactes au moins à chaque bras. Ce praticien s'est assuré encore que la revaccination prenait quelque temps après, chez les enfants dont toutes les premières pustules, quoique belles, avaient été piquées pour vacciner d'autres enfants. Il a vu de ces enfants contracter la variole, malgré les belles pustules vaccinales préalables, et, chose digne de remarque, l'éruption variolique a attaqué tout le corps, moins les bras qui avaient éprouvé l'effet de la vaccine. On dirait que le vaccin n'a pas eu dans ces cas le temps de répandre son influence salutaire sur tout l'organisme, son action ayant été avortée par la main de l'art. L'étude de la vaccine n'est pas encore complète, comme on sait. La question des revaccinations, quoique résolue sous certains points de vue, est encore à l'étude sous d'autres rapports; plusieurs problèmes importants qui s'y rattachent sont à résoudre. Nous rendrons compte des nouvelles expériences de M. Rayer.

Quelques auteurs, entre autres Radolfi et Morelli affirment que la variole ne laisse pas de traces incatricielles, attendu sa bénignité excessive, en Arabie, son pays natal. On n'a pas songé à vérifier ce fait.

Hôpital de la Charité. (M. Bouillaud.)

Compte-rendu trimestriel.

Fièvre typhoïde *(Article communiqué)* « Nous allons résumer les divers cas de fièvre typhoïde soumis à notre observation à la clinique de M. Bouillaud, pendant la seconde partie du semestre d'été de cette année. Ami de la justice et de la vérité, nous ne rapporterons que ce que nous avons vu pendant ce temps et avec la plus sévère exactitude. Notre impartialité nous oblige de dire ici, que nous regrettons de n'avoir pas été témoin des nombreux succès que M. Bouillaud a obtenu, dit-on, au commencement du semestre, où la mortalité n'aurait été que d'un vingtième. N'ayant pas été témoins oculaires de ces faits, nous manquons d'éléments pour en apprécier la valeur.

« A. *Nombre des malades.* Les individus affectés de fièvre typhoïde observés par nous, sont au nombre de 18; tous âgés de moins de 30 ans, et pour la plupart assez robustes. Quelques-uns seulement étaient considérés comme chloro-anémiques, circonstance, disons-le en passant, qui explique en partie du moins, pourquoi la méthode ne fut pas toujours employée dans toute son énergie. Trois des malades n'ayant pas été traités, nous en ferons abstraction pour le moment; notre observation ne porte donc en réalité que sur 15 cas.

«B. *Diagnostic.* De ces 15 cas, 7 furent rangés (d'après la technologie de M. Bouillaud) comme étant vers la fin de la 1re période, et 8 au commencement de la 2e. Chez quelques-uns, on ajouta : *par défaut de traitement.* Mais avant d'aller plus loin, faisons une remarque qui est de la plus haute importance, afin d'éviter de porter de faux jugements, soit en faveur, soit contre la méthode des saignées coup sur coup. Cette remarque est relative au diagnostic, la voici : ce n'est pas tant l'âge de la maladie que la prédominence de tels ou tels phénomènes morbides qui sert de guide à M. Bouillaud pour diagnostiquer une période donnée; ainsi, selon que les phénomènes inflammatoires ou typhoïdes prédomineront, tel individu, après 15 jours de maladie, par exemple, sera encore à la 1re période, tandis que tel autre, après 5 à 6 jours sera déjà à la 2e. Nous n'examinerons point ici, si c'est à tort ou à raison, seulement, disons-le, pour le professeur de la Charité, rien de plus logique; en effet, dans sa conception, la maladie se composant d'un élément inflammatoire primitif, auquel vient se sur-ajouter un élément putride ou typhoïde, il s'ensuit rigoureusement que si ce dernier élément ne se sur-ajoute que tardivement, la période inflammatoire en sera d'autant plus longue. Or, on le sait, pour M. Bouillaud ce n'est qu'à sa 1re période que la fièvre typhoïde peut être jugulée, comme il le dit avec Galien; car s'il saigne au commencement de la 2e, c'est seulement dans l'intention de modérer la fièvre et d'abréger la maladie. On conçoit donc qu'on pourrait lui attribuer des revers ou des succès sans fondement, si l'on s'en rapportait uniquement au diagnostic brut de la période. Au reste, l'exposition des faits rendra ceci de la dernière évidence.

« C. *Pronostic.* Relativement aux 3 catégories de cas admises par M. Bouilland, le pronostic s'est réparti ainsi qu'il suit : Cas graves, 8; moyens, 4; assez graves, 3. Quant aux cas diagnostiqués légers, nous n'en avons pas vu; ils sont probablement excessivement rares si tant est que M. Bouillaud en admette en pratique; les cas moyens les remplacent sans doute.

« D. E. *Traitement et mortalité.* Afin de répandre le plus de clarté possible dans l'exposition des faits, et pour qu'on en puisse juger comme si on les avait soi-même observés, nous avons disposé le tableau suivant de telle sorte qu'on embrassera d'un seul coup-d'œil le nombre des malades et des saignées générales ou locales, la quantité du sang tiré, la mortalité, la catégorisation des cas, la période de la maladie, la date de son invasion, de l'alitement des malades à leur entrée, et enfin la durée de leur séjour à l'hôpital. Toutefois, ce que nous dirons ici, excepté pour les saignées, ne s'appliquera qu'aux individus qui ont succombé, nous reservant de parler plus loin des autres. Il est inutile de dire que les saignées ont été faites dans l'espace de 36 à 48 heures, l'habitude de M. Bouillaud étant assez connue à cet égard.

Series.	Malades.	Saignées générale.	Saignées locale.	Sang.	Morts	Cas.	Periodes. 1re.	Periodes. 2e.	Jours d'invasion.	Jours d'alitement	Jours de séjour.
Première.	6	2	1	2 l. 1/4	1	Grave.	Fin.	»	10	2	31
						Moyen.	Fin.	»	12	?	45
Deuxième.	5	3	1	3 l.	3	Grave.	»	com[t].	12	12	11
						Grave.	»	com[t].	8	8	12
Troisième.	2	3	2	5 l. 3/4	»	»	»	»	»	»	»
Quatrième.	1	3	2	4 l. 3/4	1	Assez grave.	»	com[t].	12	3	8
Cinquième	1	4	2	4 l. 1/2	1	Grave.	Fin.	»	15	4	18
	15		Moyenne 3 liv.		6	»	»	»	»	»	»

« Comme on le voit, les 3 catégories de cas furent décimées, et la mortalité fut grande. Six morts en effet sur quinze malades traités par les saignées coup sur coup, c'est un résultat qui n'est guère en harmonie avec les assertions de M. Bouillaud, qui prétend en guérir neuf sur dix ! Pour un esprit tant soit peu prévenu ou trop prompt à généraliser, il n'en faudrait pas davantage pour taxer d'inexactitude la médecine dite *exacte* du professeur de la Charité ; mais, hâtons-nous de le dire, un tel jugement serait téméraire sinon injuste ; notre chiffre est trop peu considérable pour en tirer une conséquence définitive. Bien plus, quoiqu'il y ait 3 cas de mort parmi ceux dont le mal était encore à la 1re période, disons, dans l'intérêt de la vérité, qu'on ne peut même pas conclure que M. Bouillaud ne jugule pas la maladie à cette période. Le lecteur voit sans doute déjà l'utilité de la remarque que nous avons faite plus haut ; les 3 malades, en effet, qui ont succombé à la 1re période, comptaient 7, 10, 12 jours même de maladie. Qui oserait dès lors affirmer que bien que M. Bouillaud les y a rangés, ils y étaient encore ? Il est vrai, nous l'avouons, que la grande habitude du professeur au diagnostic repousse cette idée ; mais, quoi qu'il en soit, pour être juste, nous appliquerons le même raisonnement aux cas dans lesquels, eu égard au diagnostic, la fièvre typhoïde aurait été réellement jugulée. — Dans l'un et l'autre cas on ne peut donc ni vanter ni déprécier la méthode ; le plus sage est de suspendre son jugement. Nous ne rechercherons point à expliquer la tendance qu'a M. Bouillaud à regarder la fièvre typhoïde comme moins avancée qu'elle ne l'est souvent ; si c'est par amour pour sa méthode (autrement il ne l'emploierait que rarement, puisqu'il ne saigne que dans la 1re ou au commencement de la 2e période) ou si c'est par pur instinct, afin de juguler plus souvent la maladie, ou tout simplement par des vues théoriques, le fait est qu'il en agit ainsi. Une autre chose plus facile à expliquer serait celle-ci : quand M. Bouillaud voit un malade près de succomber, il est rarement en défaut ; il trouve toujours quelque expédient pour expliquer la mort sans recourir à la fièvre typhoïde, chose qui, cependant, serait, au moins dans beaucoup de cas, plus simple et plus naturelle. Des six individus qui sont morts, à peine en trouverait-on un qu'il ait regardé comme succombant à la fièvre typhoïde uniquement, ou même principalement à cette affection ; ainsi, chez l'un, c'était une bronchite due au refroidissement de la température, qui allait l'enlever ; chez un autre, c'était probablement la persistance de mauvaises habitudes (il s'agit des individus morts au 11e et 41e jour), toutefois à l'autopsie on trouva chez le premier les plus belles lésions intestinales qu'on puisse voir, et chez le second, une perforation intestinale qu'on ne diagnostiqua même pas, tant on s'était persuadé qu'il existait des habitudes vicieuses chez cet individu ! Le troisième mourut par le cerveau uniquement, les ulcérations étant à peu près cicatrisées. Le quatrième, d'une dyssenterie et d'une parotidite ; et les deux autres, enfin, par le canal digestif, mais surtout encore par le cerveau. Du reste, dans un ou deux de ces cas, cette manière de voir est assez logique au point de vue de M. Bouillaud, la maladie n'étant primitivement qu'une entéro-mésentérite, et les lésions qui la caractérisent ayant presque disparu, on pouvait, à la rigueur, ne pas lui imputer la mort du malade ; mais ce qui explique surtout cette manière de voir, c'est qu'elle sauve l'honneur de la méthode ! Grâce à elle, on peut même faire triompher celle-ci en présence du cadavre, pour peu que les lésions aient perdu de leur intensité ! C'est ce que nous avons vu assez fréquemment. Passe encore d'agir ainsi dans ces cas ; mais quand les lésions locales persistent et qu'on a recours aux mêmes explications, ce n'est plus seulement la méthode et la théorie qu'on veut défendre, mais évidemment c'est pour soutenir la foi des croyants ou empêcher la sienne propre de défaillir !

« Nous avons remarqué que les saignées amènent presque toujours ce que nous appelerons une rémission des symptômes, une espèce de mieux souvent factice que M. Bouillaud prend toujours pour un mieux réel. Ce que nous avons remarqué encore, c'est qu'elles dépouillent véritablement la fièvre typhoïde de quelques-uns de ses épiphénomènes ; ainsi, nous n'avons vu que deux fois du délire, une fois des

fuliginosités, rarement les éruptions diverses attribuées par les anciens à un régime échauffant ou à l'absence du traitement antiphlogistique, et qu'une seule fois des escarrhes; somme toute, les malades qui guérissent parcourent plus tranquillement les phases diverses de la maladie. Au reste, nous avons vu plus d'une fois M. Bouillaud regarder comme graves des cas assez bénins, parce que l'emploi rigoureux de la méthode était impossible par diverses circonstances. Ainsi, un malade qui ne peut être saigné est regardé comme perdu ou comme dans une position très grave, par la raison que M. Bouillaud n'admet d'autre remède contre l'affection que les évacuations sanguines. Sur un jeune homme entré le huitième jour de la maladie (commencement de la 2e période), M. Bouillaud a posé le pronostic en ces termes : *Casus gravis et pravus* ; l'expression d'abattement et de prostration était telle, que M. Bouillaud ne crut pas devoir recourir à la méthode. Il est vrai qu'on venait de perdre deux individus; peut-être cela y fut-il pour quelque chose; quoi qu'il en soit, le 5e jour de son entrée le malade prenait déjà un potage, le 11e une portion, en un mot, vers la fin du second septenaire, il était réellement en convalescence; il sortit le 22e jour. On en aurait fait honneur aux saignées si ce malade eût été traité ! Il nous reste enfin deux autres cas où le traitement n'a pas été employé par la raison que nous venons de dire. L'un et l'autre furent suivis de guérison; lun est relatif à un homme entré au 24e jour et tout couvert de taches lenticulaires rosées, nous n'avons rien de particulier à en dire. L'autre concerne une femme malade depuis 15 jours (fin de la première période; *casus gravis*); saignée une première fois, elle se refusa à l'être de nouveau; toutefois, le 5e elle sortait guérie. Au reste, nous ne donnons ce fait que comme un cas douteux, car M. Bouillaud nous dit un jour à la clinique qu'il s'était bien aperçu, dès les premiers jours, que ce n'était pas un cas de fièvre typhoïde. Nous aurions bien encore un cas à placer à côté de celui-ci, mais c'est l'inverse; après avoir été regardée comme simplement chloro-anémique, la malade fut rangée tout d'un coup parmi les cas de fièvres typhoïdes. Ces faits nous conduisent à nous demander si M. Bouillaud est infaillible dans le diagnostic! Nous pensons, d'après les faits dont nous avons été témoins, qu'il est des cas de diagnostic où tout remarquable qu'il est, le talent de M. Bouillaud doit nécessairement être insuffisant; toutefois, rendons cette justice à cet observateur distingué qu'il fait tous ses efforts pour voir le moins de fièvres typhoides possible. Ainsi nous l'avons vu en détacher plusieurs cas douteux, et même un cas de fièvre inflammatoire franche, etc. »

—Nous avons donné volontiers l'article qu'on vient de lire, par une double raison, et parce qu'il est d'une grande exactitude, se rapportant à des faits que nous avions observés nous-mêmes, et parce que l'appréciation que l'auteur en a faite est conforme à nos propres impressions. Il s'agit ici d'une question d'une immense portée pratique, la fièvre typhoïde décimant un très grand nombre de malades chaque année, malgré l'emploi de certaines méthodes que l'on vante excessivement, peut-être trop malheureusement. Les noms personnels doivent ici disparaître, les choses seules devant être en discussion dans l'intérêt général. Qu'il nous soit donc permis de poser ce dilemme à l'égard des saignées coup sur coup dans les fièvres en question : ou cette méthode est meilleure que la méthode mixte, ou elle ne l'est pas; dans la première hypothèse vous ne devriez pas perdre six malades sur quinze, car on en perd moins du tiers par les autres méthodes. Dans une suite d'articles, que nous donnerons prochainement sur cette maladie, nous prouverons pourquoi les seules saignées sont souvent insuffisantes pour la guérir, et pourquoi, d'ailleurs, les principes qu'on professe sur la nature de la fièvre typhoïde sont erronés. Nous nous efforcerons de prouver que la maladie ne consiste pas dans l'éruption intestinal, celle-ci n'étant qu'un simple fait secondaire, important, sans doute, comme toute autre éruption pyrétique aiguë, et que l'absorption du principe septique intestinal n'est qu'une hypothèse insoutenable. Que M. Bouillaud s'emporte, qu'il adresse publiquement des paroles de mépris à ceux qui ne partagent pas ses convictions, cela ne changera rien à la nature des choses ni malheureusement au nombre des morts! (N. du Réd.)

Hôpital Cochin. (M. Briquet.)

Gangrène pulmonaire.

La gangrène du poumon, maladie connue depuis longtemps, bien étudiée surtout depuis Laënnec, offre toujours un intérêt nouveau dans la pratique, et par sa gravité et par les desirata que sa thérapeutique présente. Elle s'est offerte quatre fois cette année dans le service de M. le docteur Briquet à l'hôpital Cochin, dans des circonstances différentes, dignes de méditation. Deux de ces malades étaient des jeunes gens dont l'un atteint de pleurésie, l'autre de fièvre typhoïde; la gangrène pulmonaire s'est déclarée à l'hôpital chez tous les deux ; le premier a guéri, le second est mort. Les deux autres étaient âgés de plus de 50 ans; l'un était entré pour une affection saturnine, l'autre pour un cancer au rectum; le sphacèle ne s'est déclaré que pendant leur séjour à l'hôpital; ils sont morts également. Ainsi sur quatre cas, une seule guérison. Entrons dans quelques détails.

1er *Fait*. Dans le premier cas, le seul qui ait guéri, il s'agit d'un maçon, âgé de 27 ans, bien constitué, robuste, habituellement bien portant, n'ayant jamais eu de fluxion de poitrine. Il était en pleine santé le 17 septembre dernier, lorsqu'il fut pris d'un point de côté à droite, avec douleur lombaire et malaise général. Il continua à travailler les deux jours suivants, malgré la persistance de ses souffrances, et il fut même obligé de travailler dans un ruisseau qui le mouillait jusqu'aux chevilles. La douleur costale et la gêne de la respiration, ainsi que le malaise général, augmentèrent, et le patient s'est fait recevoir à l'hôpital, le 20. A l'examen, on trouve, par l'auscultation, du râle vague, analogue au râle crépitant, au bas des fausses côtes du côté droit; un peu de matité dans cet endroit, sans dyspnée ni égophonie. Pouls à 100, peau chaude. On diagnostique une pleurésie légère avec épanchement peu abondant, et l'on fait des réserves sur la condition du râle dont on vient de parler. On prescrit une saignée de deux palettes et demie.

Le sang n'est pas couenneux, mais il n'avait pas bien coulé. — Le 21, figure colorée, pas de céphalalgie, langue blanche, lassitude générale, respiration à 22; pouls à 100, de force moyenne; douleur vive au bas des dernières côtes du côté droit, et obscurité du son dans la moitié inférieure et postérieure droite. Dans cette étendue, léger souffle bronchique, sans râle. Décubitus dorsal. A peine de la toux; pas d'expectoration. — Saignée de trois palettes, 30 sangsues. — Le 22, saignée de la veille presque sans couenne; caillot un peu mou. Pouls 104, resp. 32. Décubitus gêné sur le dos, en raison de la douleur des lombes, impossible sur le côté droit. Chaleur dermique modérée. Diminution notable de la douleur de côté. Matité à droite, en avant, à partir de dessous le mamelon jusqu'en bas. Dyspnée. Bruits du cœur normaux. — En arrière, à gauche, dureté du son assez prononcée, depuis l'angle inférieur du scapulum jusqu'en bas. Vers le milieu de la gouttière vertébrale, correspondant à la fosse sous-épineuse, expiration bronchique et rétentissement de la voix lors des fortes inspirations; puis, à mesure qu'on descend jusqu'au bas, souffle bronchique dans les deux temps assez superficiel, assez fort d'abord, puis en diminuant jusqu'au bas. A peine de modification égophonique de la voix. Vers le milieu de l'angle inférieur du scapulum, zone transversale dans laquelle existe la respiration bronchique, on entend un râle analogue au râle crépitant, abondant, très superficiel, mais beaucoup moins sec que le râle crépitant ordinaire. Peu de toux. Pas d'expectoration. Plus de douleur lombaire. Plus de malaise général. Un peu d'appétit. Langue légèrement grise. Bouche mauvaise. *Haleine fétide, désagréable.* Pas de frisson. — Deux saignées (3 pal. 2 1/2). — Le 23, le sang de la veille est couenneux. Pouls 120, encore consistant. Respiration 24. Léger souffle bronchique dans les deux temps depuis le niveau du scapulum gauche jusqu'au bas. Rétentissement évident de la voix. Râle crépitant très manifeste dans le bas du lieu indiqué hier. La douleur de côté n'existe plus que lors des grandes inspirations. Peu de toux. *Un peu d'expectoration grisâtre*, médiocrement visqueuse. Respiration à 40. Pouls 120. Figure assez normale. Langue légèrement grise. Un peu d'appétit. Même dureté de son à peu près. Nulle respiration bronchique. Pas de râle. Pas de modification de la voix; respiration vésiculaire partout. Disparition complète de la douleur de côté. Très peu de toux. Un peu d'expectoration grise et trouble, fétide, non visqueuse. Peau fraîche, — Tisane pectorale; 4 bouillons. — Les 25, 26, 27, l'expectoration grisâtre continue, demi-transparente, fétide, à peine visqueuse. Pouls 112-148. Modification de la voix en arrière, vers le point de la gouttière vertébrale indiqué, et respiration bronchique. Partout ailleurs la respiration est normale. Depuis hier (25), toux quinteuse, expectoration abondante de matière à odeur gangreneuse, plus visqueuse, presque incolore, avec de très nombreuses petites bulles d'air, simulant les crachats d'une pneumonie au premier degré. Haleine de même odeur. Chaleur élevée de la peau. Pas d'autre malaise. — Chlorhyd. de morphine 0,05. — Le 28, le même état continue. — Le 29, le râle crépitant est transformé en une sorte de craquement sec et dur. Expectoration tout à fait transparente, un peu visqueuse, avec de très nombreuses bulles d'air, moins fétide. — Même prescription. Les jours suivants, ces symptômes sont allés en diminuant. — Le 8 octobre, les crachats étaient encore très abondants, pituiteux, liquides, blancs, écumeux, légèrement fétides. L'haleine offrait une faible odeur stercorale. Râle crépitant humide dans le lieu présumé du foyer gangréneux (gouttière vertébrale, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.) Respiration bronchique dans les deux temps, très forte dans l'expiration. On sent à l'origine des bronches gauches une expiration fort large avec un peu de rétentissement de la voix. — Ce malade, que nous avons vu, est encore en traitement, mais en bonne voie de guérison. (Les détails précédents ont été extraits des notes plus étendues dictées par M. Briquet au lit du malade.)

—Rien ne pouvait d'abord faire soupçonner chez ce malade la déclaration d'une affection si formidable à laquelle pourtant il a résisté, grâce à la circonscription peu étendue du travail mortificateur et à un traitement éclairé et sage. Il serait au reste bien difficile, sinon impossible, de se rendre compte d'une pareille affection chez un jeune homme robuste, bien portant, qui n'avait jamais souffert à la poitrine, et qui ne présentait en entrant que les symptômes d'une pleurésie à droite. Puis ce mal a passé d'arrière en avant dans le même côté, et enfin le lobe supérieur du poumon gauche a été frappé tout à coup et mortifié à sa surface postérieure, trois jours après l'entrée du malade. On ne pouvait d'abord soupçonner, d'après les signes sthétoscopiques (souffle bronchique, râle crépitant, rétentissement de la voix), qu'une imminence à une pleuro-pneumonie. Cependant l'absence des autres symptômes propres à cette maladie rendait le cas anomal et déroutait le diagnostic précis. Néanmoins on a été autorisé par l'état du pouls et la force du sujet à agir comme si la phlogose était manifeste, et l'on a pratiqué plusieurs saignées avec avantage; mais bientôt le doute a commencé à s'éclaircir; l'état grisâtre de la langue, la fétidité spéciale de l'haleine et la forme des crachats ont mis dans la voie du diagnostic. Ces caractères sont devenus de plus en plus patents jusqu'à ce qu'enfin la rupture de la caverne gangréneuse dans les bronches, la nature et l'odeur de la matière expectorée, la fétidité de l'haleine, le râle caverneux, etc., n'ont plus laissé de doute sur la nature de la maladie. Ce qu'il y a de remarquable au milieu de cet orage redoutable, c'est l'impassibilité de l'organisme, le calme du pouls et des fonctions viscérales, comme s'il se fût agi d'un simple furoncle cutané, d'une petite escarrhe par brûlure, etc. Nous voyons en ce moment un malade qui se trouve exactement dans le même cas à la Charité, dans le service de M. Cruveilhier. Vers la fin, à mesure qu'elle se nettoie, la caverne fournit une quantité considérable de pituite liquide, blanche, écumeuse et à peine fétide. L'oblitération de cet antre exige du temps et une grande surveillance; car son foyer communique avec l'air extérieur, ce qui est un bien en un sens, un mal en un autre sens. Le sujet de la Charité est également un jeune homme dont le mal est en bonne voie de guérison. C'est à un pareil état que Bayle avait, comme on sait, donné le nom de phthisie ulcéreuse, indépendante de tubercules. Faisons enfin remarquer que les crachats et l'odeur prennent déjà la forme caractéristique plusieurs jours avant la rupture de la caverne, ce qui, joint à la présence des signes sthétoscopiques et à l'absence des phénomènes généraux propres à la pneumonie, doit mettre de bonne heure dans la voie du diagnostic.

2e *Fait.* Dans le second cas, le sujet était aussi un jeune homme, âgé de 17 ans, coutelier, lymphatico-sanguin, entré le 14 août avec des symptômes de fièvre typhoïde. — A Paris depuis 8 ans, 8 jours de prodrômes, sans diarrhée ni épistaxis. Tombé brusquement malade depuis 6 jours, également sans diarrhée et sans épistaxis, il est venu à pied à l'hôpital, mais soutenu. — A l'examen, le 15, on trouve : prostration extrême, stupeur, titubation très prononcée, réponses lentes, difficiles; cependant intelligence encore complète. Disposition continuelle à l'assoupissement. Face rougeâtre. Lèvres sèches, croûteuses. Langue grise. Pas de taches apparentes. Pouls à 84, de force moyenne. Gargouillement et douleur dans la fosse iliaque droite. Constipation. Peau modérément chaude. Respiration suspirieuse et profonde. — 24 sangsues aux apophyses mastoïdes. Eau froide sur le front. — Les 16, 17, 18, même état général. Langue brune et sèche à sa moitié antérieure. Dents fuligineuses. Assoupissement continuel. Taches lenticulaires assez nombreuses sur le thorax. Pouls à 100. — Acétate d'ammoniaque, 8 gouttes; vésicatoires aux jambes. — Du 19 au 28, l'état du malade est le même, ou plutôt pis; surdité complète, diarrhée, délire. On a supprimé le sel ammoniacal. — Le 1er septembre, toujours rêvasserie la nuit; délire au moment de la visite; surdité. Figure toujours violacée. Langue sèche et brune. Diarrhée involontaire. Escarrhes au sacrum. Pouls à 116. Expiration bronchique dans la moitié inférieure du côté gauche, en arrière. Peu de toux. Pas d'expectoration. Respiration à 50. — Les deux jours suivants, même état. Mort le 3.

Autopsie. Tête : opacité de l'arachnoïde, épaississement de cette membrane, surtout au milieu des deux émisphères. Injection de la pie-mère. Substance cérébrale à l'état normal, un peu injectée cependant. — *Poitrine :* tubercules crus au sommet des deux poumons. Engouement à la base du poumon droit. Le reste de ce poumon est un mélange de tubercules et d'engouement. *Le poumon gauche est entièrement gangréné*, d'une couleur livide, verdâtre et exhalant à la coupe une forte odeur de dent cariée. (Le malade avait présenté, pendant quelques jours avant sa mort, l'haleine fétide, au dire de la sœur de la salle et des malades des lits voisins.) Muqueuse de la trachée verdâtre, participe à la gangrène, ainsi que la muqueuse des bronches. — Cœur normal. — *Cavité abdominale :* à trois pieds du commencement de l'intestin grêle, invagination très considérable de cet intestin. La longueur de la portion invaginée est de 8 centimètres (2 pouces 1/2). Arborisation considérable de la muqueuse intestinale, dans le voisinage de la valvule iléo-cœcale surtout. Les plaques goffrées ne sont pas développées. On a trouvé seulement sept ulcérations très petites, disséminées sur la valvule iléo-cœcale et dans un espace d'à peu près un pied au dessus. Rien dans le gros intestin. Rate un peu développée. Reins et foie à l'état normal. Pas d'injection dans la vessie.

—La gangrène, dans ce fait, n'est pas de même espèce, comme on le voit, que dans le cas précédent. Ici tout un poumon avait été frappé de sphacèle, tandis que dans l'autre cas il s'agissait d'une simple escarrhe superficielle et peu étendue. Le diagnostic n'a pas été possible durant la vie, aucun crachement n'ayant eu lieu. L'odeur spéciale de la langue cependant pouvait faire soupçonner peut-être la nature de la maladie, ce qui, au reste, n'aurait rien servi au malade, le cas étant essentiellement mortel. Les malades voisins du patient avaient été frappés de cette odeur de gangrène, analogue à celle de la gangrène externe; mais les salles de l'hôpital Cochin sont si petites et si encombrées de lits, que les odeurs diverses se confondent aisément. Nous avons vu néanmoins, dans le cas de la première observation, les malades voisins rendre compte du degré de fétidité gangréneuse de l'haleine, avec assez d'exactitude jusqu'à l'époque de sa disparition. Cette fétidité a été assimilée à celle de la chair de cadavre en putréfaction. Nous lui avons trouvé de la ressemblance avec celle de l'haleine des individus atteints d'étranglement herniaire et qui vomissent des matières stercorales. Aussi pensons-nous que l'usage adopté par M. Bouillaud de sentir avec son nez approché de la bouche du malade, l'espèce d'odeur que l'haleine présente chez tous les typhoïques, peut être de quelque utilité. — Deux autres points sont dignes d'attention dans le fait précédent : l'invagination et l'éruption intestinale. Il est d'observation que l'invagination n'a lieu ordinairement que chez les enfants ou les sujets jeunes affaiblis par une cause quelconque, surtout vers la fin des grandes maladies. Dans cet état, les parois intestinales sont molles, flexibles, se plient et s'invaginent aisément à la moindre action péristaltique. Le dévoiement prolongé est au nombre des causes de ce résultat; mais souvent l'invagination n'a lieu que peu de temps avant la mort, et n'est pas la cause de la mort, comme dans le cas en question : aussi le malade n'avait-il pas présenté de symptômes d'étranglement intestinal. Quant à l'éruption typhoïde intestinale, on avait déjà fait la remarque que cette éruption était faible ou manquait tout à fait quand l'affection se compliquait de gangrène pulmonaire (voy. un Mém. du doct. Laurence sur la gangrène du poumon, dans le journ. l'*Expérience*, 1840), ce qui doit contrarier les vues des médecins qui placent, à tort, dans l'éruption intestinale la condition fondamentale de la fièvre typhoïde. Il est impossible, au reste, dans l'état actuel de la science, de se rendre suffisamment compte de la manifestation de la gangrène soit partielle, soit générale, du poumon chez ces deux malades. La médecine humorale y trouve sans doute son compte, mais laissons cela aux savants qui font de l'homme une petite machine hydraulique, régie par quelques pistons, quelques valvules et des robinets faciles à ouvrir à l'aide de la lancette et des ventouses, ou à fermer au moyen de cataplasmes et d'emplâtres !

3e *Fait.* — Le troisième fait a pour sujet un homme âgé de 52 ans, chaudronnier, très maigre, épuisé, soumis depuis longtemps à une vie misérable, buvant habituellement de l'eau-de-vie autant que ses moyens le lui permettaient, et ayant travaillé pendant six semaines à la fabrique du blanc de plomb à Clichy. On l'avait traité à l'hôpital Beaujon d'une colique saturnine à l'aide des purgatifs. Il a éprouvé, depuis deux à trois mois, des tremblements musculaires. Entré le 19 décembre à Cochin, il offre l'état suivant : Teint général de la peau d'un jaune sale; intelligence altérée, en ce sens qu'il manque de mémoire et qu'il radote, il dit des choses bizarres; langue blanche et humide; appétit bon; très large liseré bleuâtre à l'union du

bord libre des gencives avec le collet des dents; pouls lent; peau fraîche; quelques coliques; constipation; douleurs à l'épigastre. On diagnostique une affection saturnine : on prescrit des vomitifs, des purgatifs, des lavements et de l'opium à la dose de 5 centig. (1 gr.). Nous ne suivrons pas les détails jour par jour; disons seulement que l'affection saturnine a continué sa marche progressive malgré le traitement. Tremblements, agitation; pendant plusieurs semaines, délire sans fièvre avec des rémissions. — Le 27 janvier, il présente depuis 8 à 10 jours de la toux, presque sans expectoration, et depuis 3 à 4 jours, on s'aperçoit que l'haleine, surtout lorsqu'il tousse, est extrêmement fétide (odeur de dent cariée). Langue normale, respiration partout régulière, excepté en arrière et à gauche où l'on trouve dans la gouttière vertébrale, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate et dans la moitié de la fosse sous épineuse, du gargouillement lors de la toux, une expiration large et retentissement de la voix. En même temps, toux très opiniâtre toutes les fois que le malade se meut. Expectoration difficile d'un peu de liquide pituiteux. Il n'y a point eu d'expectoration sanguinolente ou colorée. Respir. à 20-24. Pouls à 58-60. Pas de dévoiement. Tisane pect. julep. avec morph. Deux soupes. Les jours suivants, l'odeur de l'haleine devient de plus en plus caractéristique. Infiltration de la face et des membres. Le 27 février, vers le soir, apparition d'une douleur à la poitrine (côté gauche) et dyspnée très prononcée. Facies hébété. Thorax : sonoréité tympanique à gauche, depuis le haut jusqu'au bas; sous les clavicules, les deux bruits respiratoires sont nettement amphoriques. Dans la moitié inférieure, respiration faible. De temps en temps, flot de liquide qui produit un son assez fort. En arrière et à gauche, dureté notable du son depuis le haut jusqu'au bas. Respiration faible dans la moitié inférieure, et amphorique dans la moitié supérieure avec le même bruit de liquide. — Le 28 février, mort.

Autopsie 36 heures après. Décrépitude. Maigreur générale. Teint jaunâtre universelle. En avant et à gauche, sonoréité dans toute la hauteur indiquée pendant la vie. Une bougie placée vis à vie une ouverture étroite pratiquée dans la paroi thoracique est visiblement agitée par l'air qui s'en échappe. Odeur caractéristique de gangrène, perceptible même à plusieurs pas du sujet. Elle redouble d'intensité à l'ouverture des cavités splanchniques. Le poumon droit est sain; le gauche, refoulé vers la colonne vertébrale et le médiastin, est diminué de plus de moitié. L'espace qui existe entre lui et la plèvre est à moitié rempli par un demi-litre d'un liquide séro-purulent, grumeleux, dont l'odeur est extrêmement fétide. En insufflant de l'air dans la trachée, on essaie de découvrir le point de communication entre la cavité pleurale et les bronches, mais sans succès. (Un grumeau obturait-il momentanément le trajet fistuleux?) Le lobe supérieur du poumon gauche paraît sain, mais entièrement revenu sur lui-même et privé d'air. Le lobe inférieur est également réduit. La surface de celui-ci est recouverte d'une fausse membrane, molle, d'un gris sale ou verdâtre, avec de petites taches noires. Vers la partie moyenne de la face postérieure de ce lobe on trouve une ouverture très irrégulière, de la grandeur d'une pièce de deux francs à peu près, au niveau de laquelle la plèvre est manifestement détruite, mais sans qu'on puisse dire dans quelle étendue, les manœuvres pour enlever le poumon ayant dû l'augmenter. Cette ouverture conduit immédiatement dans une cavité très anfractueuse, capable de loger un petit œuf de poule, tapissée d'escarrhes ou de détritus noirâtres ou ardoisés, sous lesquels on trouve une fausse membrane d'un blanc grisâtre, sale, qui forme la seule limite de la gangrène. L'odeur fade, nauséabonde, analogue à celle de dents cariées ou de macération, est ici à son summum d'intensité. Quelques brides rose-clair la traversent. Au delà de la fausse membrane qui limite la gangrène, point de cercle inflammatoire. Presque partout le tissu de ce lobe est gris, flasque, carnifié, mais contenant peu de sang : effet d'une simple compression. La muqueuse de la trachée est légèrement rouge; celle des divisions bronchiques du lobe inférieur est uniformément d'une teinte violacée, brunâtre, tranchant avec la blancheur ou la rougeur légère des bronches du reste de l'organe. — Péricardite locale. Quelques plaques pseudo-membraneuses. Le cœur, dont la chair est ferme et épaisse, ne contient point de sang, seulement un caillot fibrineux dans le ventricule droit.

Tête. Injection légère des méninges à la face supérieure des hémisphères cérébraux: Nulle adhérence. Teinte jaunâtre de l'organe, dont le tissu paraît ferme et nullement altéré. Une petite ossification irrégulière, de la grosseur d'un pois, se rencontre à la partie moyenne de la face supérieure de l'hémisphère gauche, près du bord interne. Toutes les coupes présentent, comme la superficie, une teinte jaunâtre de café au lait, et çà et là un sablé très léger. Un peu de liquide dans le ventricule latéral droit. Rien dans les autres. La voûte a trois piliers, les couches optiques, les corps striés ne présentent rien que la teinte jaunâtre signalée, qu'on retrouve encore sur la face interne de la base du crâne. Mêmes remarques pour le cervelet. Sinus remplis de caillots. — *Abdomen.* Les intestins et l'épiploon, considérés en place, présentent une teinte ardoisée, jaunâtre par places. Ils sont légèrement météorisés, d'une transparence plus marquée qu'à l'état normal, et qui laisse apercevoir des plaques ellipsoïdes, jaunâtres, à contour net et de la grandeur d'une lentille, résistant au froissement de l'intestin, à l'ouverture duquel on voit que ces plaques sont formées par du mucus concret. — Le reste n'offre rien à noter.

—Encore ici la gangrène a envahi le poumon gauche, comme dans les cas précédents, et pas le droit. C'est là un fait déjà relevé par les auteurs qui ont traité de cette maladie. On voit, au reste, qu'elle a attaqué le lobe inférieur, tandis que, dans le premier cas, c'était le lobe supérieur. Les symptômes, d'ailleurs, n'ont pas été les mêmes dans les deux cas, si l'on excepte la condition des crachats et de l'haleine. La présence de l'hydro-pneumo-thorax, dans le dernier cas, constitue, comme on le voit, un fait d'une haute importance dans l'histoire de la gangrène pulmonaire; mais il peut manquer tout à fait, que la mortification soit circonscrite ou qu'elle envahisse un poumon tout entier, comme dans l'avant-dernier cas. Disons enfin, quant à la cause de la maladie, qu'elle nous échappe pareillement dans les trois cas.

4e *Fait.* Un homme de 60 ans est entré à l'hôpital pour un cancer du rectum, près de l'anus. Cette maladie était accompagnée de diarrhée, de selles continuelles et involontaires; de telle sorte que, pendant trois à quatre mois que cet homme est resté à l'hôpital, il baignait continuellement dans un liquide fécal et purulent. Il s'affaiblit graduellement. Un jour, ce pauvre homme, qui habituellement toussait à peine, est pris, à l'occasion d'un refroidissement, de fièvre vive, de dyspnée et d'expectoration de crachats brunâtres. Dès le lendemain, son haleine et ses crachats

exhalaient une odeur semblable à celle qu'exhalent les chairs mises en macération dans l'eau. Le côté droit du thorax donnait, en arrière, un râle muqueux très abondant. Il mourut le troisième jour. A l'autopsie, on trouve tout le centre du poumon droit converti en une bouillie grisâtre, dans laquelle flottaient des débris de tissu pulmonaire gangréné, à odeur extrêmement fétide. Cette gangrène n'était point limitée par un cercle déliminateur. Le reste du poumon était médiocrement engoué. La muqueuse des bronches de ce côté était d'une teinte rouge-pâle dans certains points, et verdâtre dans d'autres.

— C'est le poumon droit, dans ce dernier cas, qui a été le siége du sphacèle, ce qui constitue une rareté d'après les relevés statistiques qu'on possède. Le mal s'est limité, au reste, dans une partie de l'organe seulement; mais comprend-on rien à cette déclaration brusque d'un travail pareil sans inflammation préalable? On trouve dans divers ouvrages des détails sur cette terrible maladie, mais l'obscurité la plus profonde règne sur son étiologie, si ce n'est pour les cas où la mortification succède au phlegmon du poumon, à une pneumonie très intense. Quand la mortification se déclare ex-abrupto, comme dans les cas précédents, la légère phlogose pulmonaire est une conséquence de l'action mécanique de l'escarrhe elle-même et du travail éliminateur. On voit déjà par là combien sont hypothétiques, hasardés, les remèdes réputés antiseptiques qu'on a proposés en pareilles occurrences, tels que le quinquina, le camphre, l'acétate d'ammoniaque, les chlorures, etc. La thérapeutique véritable de cette espèce de gangrène est encore à trouver, avec ses causes, selon nous. C'est un problème digne d'un concours académique.

DOCUMENTS PRATIQUES.

Chlorose. — Phosphore de l'œuf.

Chlorose, ou subartérite lente. (1er art.) — La discussion contradictoire sur la chlorose, à laquelle nous avons déjà consacré plusieurs articles, a eu pour résultat définitif de bien poser la question qu'il s'agit de résoudre, et de rappeler les principes professés généralement en France sur cette maladie. Nous disons généralement, car les leçons que nous avons reproduites n'offrent rien d'original, les mêmes idées se trouvant professées partout; et si l'on en excepte le susurrus artériel, il n'est peut-être rien qu'on puisse rigoureusement considérer comme une découverte moderne à cet égard. On a dû remarqner que, dans notre réfutation aux leçons de M. Bouillaud, nous nous sommes borné à combattre ses doctrines et sa pratique par ses propres armes, par les faits de sa propre clinique, une pareille manière de procéder nous ayant paru la plus convenable et, partant, la plus utile pour préparer une transition graduée et nette aux nouvelles idées que nous espérons faire goûter.

A notre tour maintenant à formuler les principes pathologiques et thérapeutiques concernant la chlorose. Nous nous trouverons nécessairement face à face avec la médécine humorale, l'hématologie pathologique de M. le professeur Andral étant inévitablement devant nous. Nous aurons donc plus d'une lance à rompre avec elle, cet ouvrage n'étant à nos yeux qu'un roman d'autant plus dangereux, qu'il émane d'un savant haut placé, et qu'il est écrit avec une simplicité séduisante. Nous n'entendons, au reste, imposer à qui que ce soit nos convictions; nous désirons qu'on nous juge à notre tour, la discussion contradictoire que nous allons ouvrir sur l'œuvre de M. le professeur Andral étant franche, toute scientifique, ne s'attachant qu'aux doctrines et aux faits, et rentrant elle-même dans le domaine de la critique. On verra par conséquent jusqu'à quel point nous sommes dans le vrai. Notre devoir, dans cette nouvelle série d'articles que nous élaborons depuis plusieurs mois, n'est pas seulement de poser les nouveaux principes que nous professons sur la chlorose, mais encore de combattre ouvertement ceux que nous croyons erronés, et qui se trouvent malheureusement accrédités.

§ Ier. *Généralités.* — On doit entendre par chlorose, non une maladie des humeurs, non une maladie du sang, ainsi qu'on l'enseigne communément, mais bien une affection des solides, en particulier du système artériel, et de nature sub-inflammatoire, ainsi que nous le démontrerons l'autopsie à la main. Le siége précis de cette phlogose de l'arbre artériel est très variable dans le début de la maladie. Le plus souvent, c'est par les capillaires utérins que le mal commence, mais constamment à la longue il gagne l'aorte thoracique, s'étend souvent à l'aorte abdominale et aux artères aussi de second et troisième ordre. Il en résulte des phénomènes qui ont été mal compris par un grand nombre de praticiens. Nous rejetons par conséquent loin de nous l'idée de faiblesse fondamentale, d'asthénie véritable, qu'on applique généralement à la chlorose, cette faiblesse, cette asthénie n'étant qu'apparente, comme dans la plupart des maladies chroniques; et nous blâmons formellement comme dangereux les remèdes véritablement excitants ou toniques, tels que le vin, la canelle, l'opium, les aliments très substantiels, etc., qu'on est dans l'usage de prescrire aux chlorotiques. Nous ne plaçons pas les ferrugineux dans cette catégorie, attendu que les ferrugineux ne sont ni excitants ni toniques, leur action étant au contraire contro-stimulante, ainsi que nous le prouverons l'expérience à la main. Nous rejetons pareillement, comme erronée, la présomption de croire que les ferrugineux soient indispensables pour guérir la chlorose, cette guérison pouvant être obtenue par vingt remèdes différents et sans un seul atome de fer. Nous ne craignons pas de taxer d'erreur le précepte généralement adopté de ne pas saigner dans la chlorose, les évacuations sanguines modérées étant d'un précieux secours dans le traitement de cette maladie, surtout dans le début. Loin de regarder la chlorose comme une anémie, comme dépendant d'un défaut de la masse du sang, nous la considérons au contraire comme s'accompagnant de pléthore dans les organes intérieurs, en particulier dans ceux de la poitrine et du ventre; et la pâleur extérieure n'est, ainsi que nous le verrons, qu'un effet de cette concentration pléthorique du sang et d'un état de spasme, de coarctation permanente des capillaires périphériques, qui empêche la circulation dermique générale de s'exécuter librement. Loin enfin d'admettre que le sang des chlorotiques est altéré dans le sens des médecins humoristes, nous prouverons que, comme dans plusieurs autres maladies chroniques, ces altérations

n'existent jamais dans le début, à cette époque le sang étant rouge et couenneux, comme dans les subphlogoses en général, et que d'ailleurs cela ne constitue qu'un fait tout à fait secondaire dépendant de la maladie fondamentale des solides; nous prouverons, d'autre part, que toutes les recherches soit chimiques, soit microscopiques qu'on a faites sur le sang des chlorotiques et sur lesquelles les humoristes modernes s'appuient, sont plus absurdes les unes que les autres.

La chlorose est principalement caractérisée par quatre groupes de phénomènes qu'on peut regarder comme essentiels, intrinsèques, puisqu'ils ne manquent jamais dans la période de développement complet de la maladie : nous voulons parler de la décoloration du derme externe et interne (peau, muqueuses), des symptômes de pléthore viscérale, principalement thoracique (palpitations, battements artériels, étouffements, hémoptysie, hématémèse, pica, etc.), de la lassitude générale et d'un état spécial du pouls (pouls systolique, ou serré, petit, fréquent, profond, à parois résistantes, comme métallique, peu expansif, c'est-à-dire avec prédominence de la systole sur la diastole artérielle, et qu'on appelle, par erreur, pouls fluctuant). Cet état du pouls offre ceci de remarquable qu'il n'est guère en rapport avec l'action exaltée du cœur, ce qui prouve déjà l'indépendance de la systole et de la diastole artérielles. Nous disons qu'il s'agit là de groupes de phénomènes morbides, et non de symptômes uniques, attendu les complications, les nombreuses nuances qu'ils présentent et que nous devons étudier avec détails. Quant au susurrus artériel, nous dirons que c'est là un caractère de quelque intérêt, dont il est bon de tenir compte, mais qu'il est insuffisant à lui seul pour caractériser la chlorose. Ce caractère n'est d'ailleurs pas exclusif à cette maladie, et il n'est même pas constant dans la chlorose. Nous l'apprécierons comme il mérite de l'être.

A ces quatre chefs fondamentaux s'en rattachent plusieurs autres qui dépendent de ceux-ci, et que l'on peut, par cela même, considérer comme des symptômes secondaires, ce qui ne veut pas dire qu'ils soient moins graves, loin de là; tels sont certains symptômes encéphaliques, le ramollissement de quelques points des tubes artériels, leur fragilité, la lithiase de leurs parois, ce qui conduit à des ruptures, à des hémorrhagies spontanées graves, à des anévrysmes des gros ou des petits troncs; tels sont aussi certains écoulements, certaines indurations, des sécrétions morbides interstitielles (tubercules, cancer); tels sont également les phénomènes réputés hystériques ou hypochondriaques, et plusieurs autres qui s'embranchent immédiatement avec la subartérite chlorotique et qu'on regarde communément comme dépendant immédiatement du système nerveux. On voit déjà que nous faisons de la chlorose, ou plutôt de l'artérite lente, un cep fondamental de maladies graves, mais secondaires, et qui peuvent par conséquent manquer, et qui manquent en effet dans un grand nombre de cas, par la raison que la condition pathologique dont il s'agit ne dépasse pas toujours certaines limites, même alors qu'elle est abandonnée à elle-même ou mal traitée, qu'elle n'occupe pas toujours les mêmes régions, et enfin parce qu'elle ne rencontre pas dans toutes les constitutions les mêmes concomitances fondamentales. C'est déjà faire pressentir, qu'à notre point de vue, la chlorose constitue une maladie de la plus haute importance, puisqu'elle devient souvent la source d'affections fort graves, ou même incurables. Nous verrons d'ailleurs que, même à l'état simple, la chlorose peut conduire à la consomption et à la mort quand elle est abandonnée sans traitement ou mal traitée à l'aide du vin et des aliments stimulants. La fonction assimilatrice en effet cesse de s'accomplir normalement, l'arbre artériel étant malade, et les stimulants exaspèrent tellement les malheureux chlorotiques qu'ils éprouvent, après chaque repas de ce genre, une recrudescence extrême dans leurs phénomènes morbides. On ne se doute pas même de tout cela, l'humorisme emportant tout dans ses ondes rapides, tout disparaissant dans les tourbillons des globules qui préoccupent si exclusivement les imaginations d'un grand nombre de médecins de nos jours. Ajoutons cependant que, grâce aux articles sur la chlorose que nous avons déjà publiés dans ce journal, plusieurs praticiens de Paris s'empressent déjà d'abandonner la routine commune, de défendre le vin à ces sortes de sujets, de combiner les ferrugineux à la saignée, à la digitale, au sulfate de quinine et à d'autres hyposthénisants, et ils s'en trouvent parfaitement. Nous citerons, entre autres, M. Robert, qui traite en ce moment à l'hôpital Beaujon une jeune femme chlorotique, d'après ces principes, et qui se loue des résultats qu'il en obtient. Cette femme était traitée pour une affection scrofuleuse, et c'est pendant son séjour à l'hôpital que la chlorose s'est déclarée, ce qui veut dire, pour nous, que la phlogose du système lymphatique a marché et gagné le système artériel. Nous reviendrons sur ce fait, que nous regardons comme un type des plus patents d'artérite lente.

La définition détaillée qui précède ne permettra pas de confondre la véritable chlorose avec cette pâleur qui succède aux grandes hémorrhagies, à l'absence des aliments, aux longues convalescences, à l'intoxication métallique lente (saturnine, cuivrée, arsénicale, mercurielle, etc.), ni avec cette pâleur congénitale dépendant de la finesse primordiale, presque transparente des tissus. Cette erreur est malheureusement commise à chaque instant dans la pratique; il en résulte des prescriptions erronées quelquefois fâcheuses. Entrons dans quelques détails.

Quand un homme bien portant éprouve une hémorrhagie abondante par suite d'une blessure accidentelle ou d'une opération chirurgicale, il devient pâle et faible; mais cette pâleur, cette faiblesse ne ressemblent guère à celles des chlorotiques, et elles ne sont pas accompagnées des autres phénomènes propres à la chlorose. En effet, chez les sujets hémorrhagiques, la peau devient aussitôt molle, plissable, se couvre de sueurs abondantes, froides; le thermomètre, appliqué sur elle, donne une température inférieure à celle de l'état normal. Chez le chlorotique, au contraire, la peau est sèche, terreuse, assez souvent âpre au toucher et généralement chaude, parfois même plus chaude qu'à l'état normal. —Chez le premier, la faiblesse est peu durable, si elle n'est pas mortelle, le sang se reproduisant promptement; elle est décroissante sous l'influence des aliments substantiels et des remèdes stimulants, tels que les opiacés, les alcooliques, la canelle, etc., que le patient tolère extraordinairement. Tandis que chez le chlorotique la faiblesse est croissante au contraire, d'une durée indéfinie, et elle augmente singulièrement par les stimulants, par les aliments, par le vin que le malade ne tolère ni désire nullement. — Chez le premier, le pouls est petit, mou, faible, en rapport avec l'état du cœur qui est lui-même pareillement affaibli; tandis que chez le second, au contraire, le pouls offre le caractère spécial que nous venons d'indiquer, et en désaccord avec l'état du cœur dont l'action est exaltée. Nous pourrions pousser plus loin ce parallèle et trouver partout des différences essentielles entre l'état des sujets hémorrhagiques et celui des chlorotiques. La décoloration dermique elle-même n'offre pas le même cachet dans les deux cas, et c'est par une prévention malheureuse que plusieurs médecins confondent entre eux ces deux états.

Chez les premiers, en effet, la peau est constamment blan-

che comme du linge; tandis que chez les seconds, elle est glaucomateuse, jaunâtre ou plombée. On dirait que les auteurs de cette confusion n'ont pas eu l'occasion d'observer dans les salles de chirurgie des sujets qui viennent de subir des hémorrhagies traumatiques; ils verraient qu'il n'y a aucune parité réelle avec la chlorose. On s'appuie, il est vrai, pour soutenir cette similitude, sur l'examen de malades atteints d'affections inflammatoires graves (pneumonie), et qu'on a traités par des saignées abondantes; mais c'est là justement un parallèle vicieux que nous rejetons comme inconcluant, par la raison que chez ces sujets le système artériel est plus ou moins enflammé concurremment avec la maladie principale. Les saignées ayant été bien tolérées, on ne peut prendre leur effet comme l'analogue de celui qui a lieu chez les sujets bien portants. Chez ces derniers, en effet, l'hémorrhagie produit de la pâleur, une faiblesse mortelle ou des syncopes, tandis que chez les premiers elle dissipe, au contraire, la faiblesse, donne de la force et de la couleur en combattant la maladie. Que signifient donc les expériences de ce genre faites dans certaines cliniques médicales au point de vue de la chlorose? Que peut-on conclure des expériences par lesquelles on fait boire aux malades des tisanes aqueuses pour trouver ensuite dans le sang, à l'aide de l'aréomètre, la prétendue hydrémie? Que signifient encore certaines expériences sur des chiens dont on fait parade? Rien, rien absolument, une prévention systématique, aveugle, un manque absolu de logique, un oubli complet des notions les plus élémentaires de la physiologie normale et pathologique ayant dirigé ces expériences. De là des conséquences fausses, des applications inepte ou dangereuses. Nous reprendrons en sous-œuvre ce système qui n'a eu malheureusement d'autre résultat que de ruiner la véritable médecine d'observation. Ces remarques s'appliquent également aux autres cas de pâleur que nous venons de mentionner, ainsi que nous aurons l'occasion de le prouver. Nous faisons, bien entendu, ici bon marché du seul caractère sur lequel on s'appuie pour diagnostiquer la chlorose (le susurrus artériel), attendu que ce caractère n'a pas à lui seul la valeur absolue qu'on lui attribue. De là des diagnostics erronés à chaque pas, et des conséquences fausses sans nombre.

Les variétés de la chlorose doivent fixer sérieusement notre attention dans ces premières généralités. — Tous les âges, tous les sexes sont sujets à la chlorose, depuis la vie intra-utérine jusqu'à la vieillesse. On voit, en effet, des enfants chlorotiques dès leur naissance, comme on voit des individus d'âge avancé affectés de chlorose. L'âge de la puberté, cependant, est le plus propre à cette maladie dans les deux sexes. Les jeunes filles et les jeunes femmes y sont les plus sujettes. Il est indifférent que la fonction utérine soit déjà établie pour la déclaration de la maladie; elle se développe souvent avant la menstruation, d'autres fois après. Dans le premier cas, la chlorose s'oppose à l'établissement de la fonction cataméniale; dans le second, cette fonction est ordinairement affaiblie ou suspendue tout à fait. Il est des cas, néanmoins, où la menstruation suit son cours normal; c'est lorsque le mal n'a pas atteint les vaisseaux utérins.— Chez la jeune femme qui vient d'accoucher la chlorose se déclare assez souvent, et les choses se passent chez elle comme chez la jeune fille qui n'a point encore été réglée, c'est-à-dire que la fonction utérine ne se rétablit point jusqu'à l'époque où la chlorose est bien combattue. L'artérite lente, dans cette occurrence, a son point de départ dans la matrice, elle gagne bientôt l'aorte abdominale, les artères pelviennes et les crurales. Une grande similitude existe selon nous entre la chlorose des nouvelles accouchées et la phlegmasie alba-dolens.— Chez l'homme adulte l'affection se voit quelquefois, mais elle se rencontre plus fréquemment vers l'âge de 50 à 60 ans. Il est remarquable que chez l'homme comme chez la femme, à cet âge, le mal a plus souvent son point de départ dans l'aorte abdominale que dans l'aorte thoracique; les battements épigastriques sont prononcés à tel point qu'on croirait, pour nous servir d'une expression de M. Tommasini, à l'existence d'un cœur abdominal ou d'un anévrisme ventral. Les battements artériels, dans ces occurrences, se rattachent incontestablement aux mêmes conditions que les pulsations saccadées des petites artères dans les régions attaquées d'inflammation, comme dans le panaris, dans l'érysipèle au cuir chevelu ou dans toute autre région, dans le phlegmon orbitaire, dans les ophthalmies intenses, dans la fluxion dentaire, etc. Partout où ce travail existe les artères sont plus ou moins enflammées et leur force pulsatile s'exagère, devient sensible ou même visible à l'œil nu. Tel est le cas précisement de l'aorte chez les chlorotiques. Quelques personnes regardent ces battements comme nerveux; mais c'est là une pure hypothèse que rien ne justifie, tandis que nous avons pour nous des autopsies incontestables que nous ferons connaître. On n'abuse que trop, malheureusement, de ce nom vague de névrose; nous avons vu, à propos de la fièvre intermittente, certains savants qui se piquent de faire de la médecine exacte, s'égarer fâcheusement avec le commun des martyrs en se jetant dans ce dédale mystérieux du système nerveux, sans réfléchir que, même dans le cas où le mal existerait dans les nerfs aortiques, c'est-à-dire dans le grand sympathique, il faudrait toujours en venir à la détermination de la nature de la maladie, car il est faux de croire qu'il existe des maladies *sine materia*, c'est-à-dire des altérations dynamiques des nerfs sans lésion matérielle, surtout dans une affection chronique comme la chlorose. Si une pareille hypothèse était encore soutenue par les médecins soi-disant *exacts*, ils seraient eux-mêmes plus dynamistes que nous ne le sommes. Pourquoi chez l'adulte la chlorose, ou plutôt l'artérite, est-elle plutôt abdominale que thoracique? C'est ce que nous aurons à chercher.

Il est une chlorose propre aux ivrognes, à ceux surtout qui ont une prédilection marquée pour les liqueurs fortes, et qui ne fument ni ne chiquent. Elle est des plus difficiles à guérir et se termine constamment par la mort si on ne l'attaque pas énergiquement et avec persévérance de bonne heure. Le mal se déclare sous forme de gastrite chronique, se complique de symptômes d'hypochondrie, mais bientôt le fond chlorotique domine tout, les artères abdominales offrent des battements extraordinaires ainsi que celles de la poitrine et du cou. L'autopsie dévoile les lésions les plus remarquables dans le canal aortique et même dans les ar-

tères de second et de troisième ordre. Ces lésions se passent à la journée inaperçues dans les amphithéâtres anatomiques, parce qu'on ne les cherche pas. L'action cependant de l'alcool sur le système artériel est des plus patentes : regardez le nez, les joues des ivrognes : ces rougeurs chroniques, ces végétations tubéreuses sont elles autre chose que des artérites capillaires chroniques? Passez de là aux gros vaisseaux ou aux petits vaisseaux viscéraux, et vous trouverez des lésions analogues lorsque l'appareil chlorotique a eu le temps de se développer nettement. Nous disons nettement, car il n'est pas rare que la condition chlorotique soit masquée aux yeux d'un médecin peu attentif, par quelques phénomènes secondaires, tels que l'ypochondrie ou l'hystérie, etc., ou bien encore par la persistance de l'injection vasculaire au visage, par le teint naturellement brun de la peau, comme chez certains peuples, etc.; mais dans ces cas, outre que l'état de coloration des muqueuses peut servir d'indice, ainsi que la perte d'un certain vernis luisant de la peau, laquelle devient terne, terreuse et plissée, on peut diagnostiquer la maladie par les autres phénomènes fonctionnels que nous devons décrire.

Altération des globules du sang! crieront les médecins *exacts*. Déferrugination du sang! diront d'autres. Mais, de grâce, soyez au moins d'accord entre vous, car un praticien, qui se pique aussi de faire de la médecine exacte, M. Rochoux, vous donnait naguère le plus solennel démenti à l'Académie royale de médecine. « En supposant, disait-il, qu'il fût réellement démontré, ce qui n'est pas jusqu'à ce jour, que le sang des chlorotiques est *déferruginé*, il faut nécessairement remonter à une autre cause pour se rendre compte d'un pareil défaut de ferrugination. Or, il résulte des faits mêmes qu'on vient de citer, que la chlorose est excessivement rare chez l'homme, qu'elle ne se rencontre que chez la femme, et que presque toujours, dans ce cas, il existe un dérangement plus ou moins sérieux dans les fonctions de la matrice. C'est donc dans la lésion des fonctions utérines qu'il faut chercher l'altération de la composition du sang quelle qu'elle soit; d'où il résulte que *l'état morbide de ce liquide est tout à fait secondaire* et ne constitue pas l'essence de la maladie. » (Séance du 28 oct. 1837. Gaz. méd. 1837, p. 698). Et un autre, M. Caventon, ajoutait dans la même séance : « Pour soutenir que l'oxyde de fer introduit dans le torrent de la circulation redonne au sang la couleur rouge dont il manque, il faudrait avoir prouvé d'abord que cette couleur du sang dépend, ou est en raison de la quantité de fer contenu dans ce liquide. Or, c'est ce qui n'est pas en réalité. Il est prouvé, au contraire, depuis longtemps par un grand nombre d'expériences faites par Vauquelin et par d'autres, qu'en ôtant d'une masse donnée de sang la plus grande partie ou même la totalité du fer qu'elle contient, la couleur du liquide n'est aucunement altérée. La couleur rouge du sang ne dépend donc pas de la présence du fer. » (Ibid.). Aux globules, aux globules, dira-t-on. —Attendez! attendez! et vous verrez les globules et les petites théories globulaires sauter en l'air et s'éparpiller comme un feu d'artifice!...

Chez les jeunes filles et chez les jeunes garçons la chlorose offre ceci de remarquable que l'artérite dominante est la capillaire : elle prédomine surtout dans les poumons et dans l'estomac; de là des hémoptysies, des épistaxis, des hématémèses, le *pica*, de la toux, et une imminence aux tubercules. Le mal existe déjà quand ces exhalaisons sanguines, analogues à celles qui accompagnent la métrite chronique, se déclarent. Les sujets sont pâles, glaucomateux, avant de perdre du sang, et ils continuent à l'être après, par cela même qu'ils continuent à être malades, la perte sanguine n'étant qu'un effet de la maladie elle-même. Vous les saignez, ils tolèrent bien l'évacuation sanguine, ils en sont soulagés, leur sang est rutilant, couenneux, comme dans les maladies inflammatoires chroniques, et ils ne deviennent pas plus pâles pour cela. A la première saignée le soulagement n'est que peu marqué ou nul; c'est à la seconde et à la troisième que le bienfait est prononcé. D'autres moyens, cependant, sont indispensables, la saignée étant à elle seule insuffisante pour la guérison. Il est faux, complètement faux, que leur sang manque de globules et de fer, et que leur sérum est en excès, ainsi qu'on se plaît à le répéter, d'après quelques expériences dont nous aurons à relever tout le ridicule. Nous dirons même, que loin d'être plus aqueux le sang de ces sujets est au contraire, à la première période, plus épais, et c'est là un caractère important, propre à l'artérite, c'est-à-dire que le sérum est consistant par la présence d'une matière fibro-albumineuse en dissolution et qui émane d'une sécrétion de la membrane interne des artères inflammées (Giacomini). Qu'on ne s'imagine pas, cependant, de rencontrer dans l'artérite lente les altérations du phlegmon, du panaris, ou de l'abcès par congestion; il s'agit d'une phlogose alimentée par les *vasa vasorum*, maladie fine, analogue aux névrilémites, aux méningites chroniques, et qui produit de grands effets à cause de la fonction importante à laquelle est destiné l'organe qu'elle attaque, malgré la légèreté apparente de ses lésions matérielles dans certains cas.

Singulière logique que celle de certains cliniciens *exacts*, qui, en examinant, par exemple, un jeune homme robuste et vigoureux, atteint de pleuro-pneumonie, sentent ses carotides au sthétoscope, et si du souffle y est perçu, dictent de suite cette phrase éternelle : *sujet chloro-anémique* ! Cela veut dire, dans l'esprit de leurs théories humorales, que malgré la présence d'une maladie phlegmoneuse d'un viscère de premier ordre, la constitution n'a que peu de sang, un sang pauvre, séreux, dépourvu de globules et de fer! Cela n'empêche pas cependant de prescrire à ce sujet prétendu anémique, huit, dix saignées, dans l'espace de trois à quatre jours. Examinez ce sang prétendu déglobulé, déferruginé, séreux : il est, au contraire, vivace, couënneux, ferme, tout autant au moins que chez tout autre individu, qui ne présente pas le *susurrus* artériel. Jamais, peut-être, démenti plus solennel n'a été donné à une théorie par les faits mêmes de ceux qui la professent. Ainsi donc, voilà un sujet aux formes athlétiques que vous gratifiez d'une chloro-anémie, par cela seul que ses artères carotides sifflent comme des tuyaux d'orgue; et ce sujet d'une constitution si misérable, asthénisée par l'absence des éléments de la stimulation organique, contracte pourtant une maladie qui suppose au contraire des conditions d'exubérance vitale! Et puis, ce sujet si dépourvu de sang, tolère l'extraction de 8 à 10 livres de ce liquide! et, malgré tout cela, cet individu guérit, et son souffle artériel reste le même ou disparaît! D'où vous devriez conclure, ce nous semble, que s'il est vrai que le susurrus indique une chloro-anémie, cette chloro-anémie qui guérit ou s'amende par les saignées, ne peut être une affection asthénique, ne peut dépendre d'un défaut de sang, d'un manque de globules et de fer! Mais il y a plus : vous n'examinez le sujet que pour la première fois, il vous dit qu'il se portait bien auparavant; en conséquence, qui vous assure que le susurrus artériel ne se soit pas déclaré en même temps que la pneumonie? C'est ce qui a lieu souvent effectivement, la phlogose pulmonaire envahissant à la fois l'aorte et l'artère pulmonaire à des degrés variables, ainsi que cela est prouvé par les autopsies. Il résulte de là que votre caractérisation de sa constitution par l'épi-

thète de chloro-anémique est au moins hasardée sinon absurde. Nous soumettons ces réflexions aux hommes qui cultivent la science avec calme et impartialité!

Chez les sujets syphilitiques, chez les scrofuleux, chez les phthisiques, la chlorose se déclare souvent avec des conditions particulières, soit comme maladie accidentelle surajoutée à la première, soit comme propagation de celle-ci dans les artères. Ces variétés de chlorose se prêtent à des considérations importantes que nous aurons l'occasion de développer dans la suite de ce travail.—Nous avons déjà dit qu'au fond la maladie qu'on appelle diathèse cancéreuse, n'était qu'une chlorose profonde des plus graves qu'on pouvait guérir dans un grand nombre de cas, surtout au début, par les hyposthénisants cardiaco-vasculaires. Les partisans des *spécificités* trouveront sans doute hasardée une pareille assertion, pourtant, nous avons pour nous l'expérience. Un malade de M. le docteur Jacob-Buchenel, portait un cancer énorme à la joue, récidivé deux fois après deux opérations récentes, les mieux faites, par un chirurgien d'un mérite distingué, M. Fouilloy; la diathèse cancéreuse était des plus évidentes et des plus alarmantes; M. le docteur Guepratte, qui avait examiné ce malade, l'avait jugé comme désespéré, quand nous en avons entrepris le traitement sous les yeux et avec l'assistance de M. Jacob-Buchenel. En moins de trois mois de l'usage abondant du carbonate et du sulfate de fer, de quinine et de ciguë, tous les symptômes diathésiques ont disparu. Pendant ce temps, le mal local a été détruit à l'aide de la pommade sulfo-safranée de M. Velpeau. Ce malade a été représenté guérit à MM. Fouilloy et Guepratte et renvoyé dans son pays, à Dieppe, boire pendant longtemps l'eau de mer. Le teint, l'embonpoint, les forces, l'appétit étaient parfaitement revenus. Ce mal peut sans doute récidiver encore comme la chlorose elle-même récidive souvent; mais il n'est pas moins vrai que ce qu'on appelle la diathèse cancéreuse peut être combattue avec avantage, tant que des dépôts cancéreux n'existent dans les viscères. Au reste, notre prétention à guérir ou à prévenir la diathèse cancéreuse n'a rien de mystérieux, et chaque médecin peut en faire autant s'il emploie convenablement la série des remèdes en question. Le tout consiste à bien combiner les éléments de ce plan, selon les cas, et à pousser les doses jusqu'au maximum de tolérance.

Terminons ces préliminaires par une remarque générale, importante. Lorsqu'une artère est phlogosée elle est, comme on sait, très sujette à des hémorrhagies, non parce que le sang est trop liquide, ainsi que se l'imaginent les partisans de la médecine humorale, mais bien parce que les parois du vaisseau sont malades et inaptes à contenir longtemps et à organiser le caillot obturateur. C'est ce que Dupuytren prouva jusqu'à l'évidence en combattant la méthode des ligatures d'attente dans l'opération de l'anévrisme et dans toutes les ligatures artérielles en général. Ce fait se vérifie pareillement dans l'artérite capillaire : dans un phlegmon, dans le chémosis oculaire, le sang s'échappe spontanément des vaisseaux comme dans une hémoptysie, dans une apoplexie pulmonaire ou cérébrale. Des degrés peuvent être établis dans ces artérites circonscrites, et l'on peut certainement trouver une similitude frappante entre ces hémorrhagies et celles qui ont lieu quelquefois de la surface d'un moignon d'amputation, de la surface d'une plaie du sein ou de toute autre lésion traumatique, à des époques éloignées de l'opération. Les dissections minutieuses, lorsqu'elles ont pu être faites avec soin, ont rendu ce fait incontestable. Si l'on considère, d'autre part, que les opérations sanglantes qu'on pratique chez les sujets chlorotiques entraînent souvent des hémorrhagies secondaires venant des capillaires de la plaie, ainsi que nous en avons vu souvent des exemples (on en observe même en ce moment un cas dans les salles de M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu, sur une jeune fille amputée d'un doigt), on n'hésitera pas à voir, dans ces occurrences, l'influence de l'artérite lente, comme dans les cas précédents. Aussi arrête-t-on ces hémorrhagies plus facilement par des remèdes internes (limonades minérales, sulfate de fer et de quinine, etc.), que par des moyens mécaniques. Nous le répétons, il est complètement inexact de croire que le sang soit trop liquide ou peu plastique dans ces cas, puisqu'il se coagule sur-le-champ au dehors et n'offre pas, au reste, de différence appréciable avec le sang d'autres individus. L'expérience prouve d'ailleurs que les remèdes hyposthénisants, *délayants*, antiphlogistiques, sont les seuls capables de bien arrêter l'hémorrhagie dont il s'agit. Ces remarques s'appliquent pareillement à un état morbide général que les auteurs ont appelé *diathèse* ou *constitution hémorrhagique*, c'est-à-dire, disposition à donner indéfiniment du sang par la moindre plaie, sans que les moyens mécaniques ou chimiques ordinaires puissent l'arrêter. On connaît des cas nombreux de ce genre terminés par la mort, à l'occasion de l'arrachement d'une dent, d'une petite coupure à un doigt, d'une piqûre à un orteil, d'un petit bouton écorché, d'une croûte enlevée de dessus un vieux ulcère, ou même sans cela, le sang émanant spontanément de la caroncule lacrymale ou d'une muqueuse quelconque. La diathèse hémorrhagique n'est donc pour nous que l'effet d'une artérite lente, d'une chlorose mal appréciée et qu'on peut très bien corriger, à l'instar de la diathèse cancéreuse qui, elle-même, devient hémorrhagique dans beaucoup de cas. On voit déjà que ce mot, diathèse, est tout aussi mal appliqué dans ces circonstances que les mots chloro-anémie, hydrémie, etc., qu'on fait jouer dans la pratique comme des ombres chinoises. Dans le prochain article, nous aborderons le grand chapitre de l'anatomie pathologique de la chlorose et de l'hématologie pathologique qui s'y rattache.

—**L'œuf de poule, au point de vue hygiénique.** Deux travaux importants sur le jaune d'œuf viennent d'être présentés à l'Académie des sciences, l'un par M. Pelouze, l'autre, par M. Gobley. Il résulte de ces travaux que le jaune d'œuf contient une proportion considérable de phosphore et que ce phosphore se trouve à l'état d'acide phosphorique, combiné à la matière grasse du jaune d'œuf (la glycérine), formant un acide phosphoglycérique, lequel se trouve lui-même combiné d'une part à la soude, de l'autre à l'ammoniaque; d'où il résulte deux sels, ou plutôt un sel soluble, phosphoglycérate de soude, et un savon ammoniacal.—On savait déjà depuis longtemps que l'œuf de poule contient du soufre et du phosphore, mais on ignorait

que la proportion de ce dernier fût considérable, et l'on ignorait surtout à quel état ce corps se trouvait. Cette découverte nous explique déjà pourquoi quand on mange des œufs, les organes générateurs éprouvent une sorte de réveil insolite qui invite parfois, avec une grande tenacité, à la propagation de l'espèce. C'est que le phosphore, quoique dynamiquement hyposthénisant, exerce comme la cantharide, une action sur l'appareil génito-urinaire, action que nous considérons comme irritante, par la présence de ces substances dans les urines éliminées après la digestion. On sait que l'urine collectionnée dans la vessie, pendant le sommeil, dilate ce viscère qui vient comprimer les vésicules séminales et détermine des érections au réveil le matin (Morgagni). On sait aussi que la pierre dans la vessie provoque également des érections et des envies fréquentes de coït. Or, si après avoir mangé des œufs l'urine de l'homme contient plus de phosphore qu'à l'ordinaire, on comprend que l'action irritante d'une pareille condition doit suffire pour expliquer le phénomène. Quelle qu'en soit au reste la véritable explication, le fait n'en est pas moins réel. Au surplus, le phosphore n'existe pas seulement dans le jaune d'œuf, il se rencontre aussi dans le blanc, ainsi que Prout l'a démontré il y a longtemps (Berzélius). Il est probable que dans le blanc, le phosphore existe aussi à l'état acide, combiné à la soude, car de la soude est également rencontrée dans cette partie. Il est remarquable, enfin, que l'œuf, qui contient tant de phosphore dans le blanc, dans le jaune et même dans la coquille, est justement fécondé par une liqueur très phosphorée elle-même, le sperme présentant, ainsi que nous avons eu l'occasion de le rappeler, une forte proportion de phosphore. C'est même là la raison par laquelle cette liqueur corrode le linge, le phosphore s'oxidant à l'air et passant à l'état d'acide phosphoreux. Nous présumons que l'odeur pénétrante du sperme tient principalement à ce principe très volatil. Aussi, certains nez très fins peuvent-ils, dans un salon, par exemple, discerner à l'odeur une femme parmi d'autres qui vient de se livrer au vœu de la nature, etc.—Quant au soufre, on sait qu'il existe dans l'œuf en assez forte proportion, puisqu'il teint en noir la cuillère d'argent, lorsqu'on s'en sert pour diviser des œufs *cuits sur le plat*. Par le contact de la graisse le soufre s'oxide et passe dans ce cas à l'état d'acide. On peut cependant se demander pourquoi cette coloration de la cuillère n'a point lieu toujours lorsque les œufs sont cuits dans de la graisse (œufs brouillés, omelette).

On a annoncé, il y a quelques années, que l'albumine était le même corps que la fibrine. Cette proposition a été adoptée par les chimistes. D'où il suivrait qu'il n'y a d'autre différence entre un blanc d'œuf et une côtelette, entre le premier de ces corps et un tranche de filet de bœuf, que dans la forme seulement. Cette conclusion, cependant, est loin d'être exacte en pratique, et s'il est des chimistes qui la soutiennent dans le laboratoire, ils savent probablement mieux faire à table. Quoi qu'il en soit, cependant, il est de fait que l'œuf constitue un aliment très nourrissant, substantiel, qu'on peut prescrire comme un analogue des viandes de jeunes animaux, mais qui ne saurait à la rigueur les remplacer. Lorsqu'il est frais, cuit à l'eau, ou à la coque, comme on dit, il peut être considéré comme un précieux intermédiaire entre le bouillon gras ou les soupes et la viande chez les convalescents; il est effectivement plus facile à digérer et moins nourrissant que la viande, et par cela même il fournit un moyen de graduer la force des aliments. On évalue, terme moyen, le poids du contenu d'un œuf de poule à 50 grammes (une once et demie) environ, dont les deux tiers sont formés par le blanc. Or, le blanc n'est pas seulement formé par de l'albumine, il contient aussi beaucoup d'eau. Cette eau est en si grande quantité que, par l'évaporation spontanée à travers les pores de sa coquille, un œuf perd au grand air à peu près la moitié de son poids. La masse restante est alors desséchée, solide et cantonnée vers le petit bout de la coquille. Plongé dans l'eau en cet état, la matière absorbe beaucoup de liquide et reprend, dit-on, jusqu'à un certain point, l'aspect de l'état frais sans exhaler de mauvaise odeur (Prout). Cette dernière circonstance mérite probablement vérification, car il est d'observation que quand un œuf n'est pas frais on trouve non seulement un vide proportionné à son ancienneté du côté du gros bout de la coque, mais encore une odeur infecte de gaz sulfhydrique. Au reste, il ne faut pas oublier, que dans l'œuf même le plus frais, la coquille n'est pas parfaitement pleine, car il existe un petit vide dans le gros bout, et ce vide est rempli d'air atmosphérique. Cet air se dilate à mesure que l'œuf perd par la transpiration une partie de son eau, et l'on peut alors ébranler, secouer son contenu et produire une sorte de bruit dans sa coque. On peut prévenir un pareil effet en plongeant pendant quelque temps l'œuf dans l'eau, ainsi que nous venons de le dire. L'évaporation dont il s'agit a lieu plus abondamment par le gros bout, parce que là l'albumine est plus liquide, plus aqueuse. Toute l'albumine phériphérique, au reste, qui est en contact avec la coquille est moins consistante que celle qui enveloppe le jaune.

Anatomiquement, le blanc d'œuf offre une grande ressemblance avec la vitrine ou corps vitré de l'œil, l'albumine étant retenue dans un sac multiloculaire qui en empêche la diffluence. Au milieu de cette masse est le jaune, lié au blanc ou plutôt à sa membrane par un véritable ligament double, noueux, qu'on appelle *chalazes*. Le blanc n'est pas en contact immédiat de la coque, puisqu'il en est séparé par une petite membrane blanche, périphérique, véritable péritoine pariétal qu'on croit formé d'albumine concrétée

Chimiquement, le jaune ne diffère autrement du blanc que par une grande quantité d'huile fixe qu'il contient (4 grammes par chaque jaune) et par de la matière colorante jaune et rouge, analogue à celle de la bile et du cérumen du conduit auditif. Cette circonstance a fait considérer le jaune d'œuf comme une véritable émulsion, analogue à celle qu'on fait avec des végétaux. Sa substance, en effet, se compose d'eau, d'albumine et de l'huile, à part, bien entendu, quelques éléments chimiques, tels que le soufre, le phosphore, le chlore, la soude, la potasse, la magnésie, et qui se rencontrent aussi dans le blanc (Berzélius). Est-il donc exact de soutenir que le jaune d'œuf ne serait qu'une sorte d'émulsion d'amandes? Il n'en est rien pratiquement; car l'émulsion vous creuse l'estomac, vous hyposthénise ou vous rafraîchit comme toutes les boissons antiphlogistiques, tandis que le jaune d'œuf vous restaure, vous nourrit, vous stimule. Il n'est pas plus vrai de dire en pratique que le blanc est de la fibrine que le jaune est une émulsion. Nous ne savons même pas si la grande quantité d'huile qu'on retire du jaune torréfié existe réellement dans ce corps à l'état frais. C'est que la chimie altère, dénature tout ce qui est organique pour obtenir quelque résultat, et l'on ne sait pas si certains corps qu'on extraie existent réellement en nature. Le jaune d'œuf étalé sur un linge empèse celui-ci, mais ne le tache pas comme l'huile d'amandes, par exemple. Quoi qu'il en soit, il est d'observation que le jaune nourrit plus que le blanc (ce qui devrait être le contraire, d'après les notions chimiques), et s'il est vrai qu'il con-

tienne beaucoup d'huile, il peut être donné aux personnes maigres comme moyen propre à les faire engraisser, puisque les noix produisent cet effet chez les gallinacés, à cause de leur huile, dit-on. L'huile d'œuf a, comme on sait, divers usages en pharmacie, et l'on sait qu'on se sert du jaune comme excipient de certaines pommades, au lieu d'axonge. Nous avons trouvé fort utile le seul jaune d'œuf, appliqué comme une sorte de cataplasme la nuit, sur les furoncles douloureux ou autres inflammations circonscrites, qui viennent à la face ou ailleurs. Disons enfin que quand on fait cuire un œuf avec sa coquille dans de l'eau, ce liquide se trouve minéralisé; il contient divers sels : de la soude caustique, du sulfate, du chlorure et du phosphate sodique, calcique, magnésique, et des traces de matière animale. On pourrait donc, dans certains cas, faire boire cette eau comme remède.

CLINIQUES CHIRURGICALES.

QUESTIONS SPÉCIALES.

Prolapsus. — Staphyloraphie. — Anus lombaire.

Le prolapsus du rectum, ou plutôt de la muqueuse rectale, se présente rarement à l'état simple chez l'adulte, plus rarement encore chez le vieillard, des tumeurs hémorrhoïdales ou d'une autre nature l'accompagnant ordinairement à cet âge. Chez les enfants, au contraire, le prolapsus est non seulement beaucoup plus fréquent, mais encore moins grave, à cause de sa simplicité et de l'accroissement progressif des organes, qui finit par en emmener souvent la guérison spontanée. Ce sujet se prête à quelques considérations pratiques intéressantes, qu'on peut rapprocher de celles que nous avons émises dans le dernier numéro, concernant la descente utérine. Racontons d'abord un cas de prolapsus rectal simple, que M. Blandin vient d'opérer à l'Hôtel-Dieu sur une jeune femme.

Il s'agit d'une cuisinière, âgée de 25 à 30 ans, de petite taille, plutôt grêle, mais bien portante, n'ayant jamais été enceinte ni fait de maladie. Elle n'a pas souffert à l'anus dans son enfance; ses menstrues d'ailleurs, ses digestions, ses garde-robes s'exécutent régulièrement. Il y a un an, dit-elle, qu'en faisant un effort pour soulever un objet pesant, elle sentit tout à coup son rectum prolapser, et ce mal a persisté depuis lors, à tel point que la seule station suffisait pour faire sortir la muqueuse et former une tumeur au dehors; à plus forte raison quand elle faisait des efforts de défécation. La tumeur, du volume d'un œuf de poule, très rouge, manifestement enflammée et épaissie, rentrait aisément; mais le relâchement du sphincter était si grand que le prolapsus se reproduisait promptement par le seul poids des viscères. Un pareil état de choses constituait déjà une infirmité fâcheuse qui compromettait la bonne santé de la patiente, et s'opposait à l'exercice de son état : aussi s'est-elle fait recevoir à l'Hôtel-Dieu pour en être débarrassée. A l'examen, on a remarqué particulièrement deux choses : la flaccidité extrême du plancher périnéal, qui avait perdu toute consistance, se laissant pousser en arrière comme s'il fût de carton mouillé, ce qui le rendait flottant au moindre effort; et l'état demi-béant du sphincter, se laissant d'ailleurs déplisser, élargir, allonger en divers sens, comme s'il fût paralysé. M. Blandin a opéré cette femme par le procédé de Dupuytren, c'est-à-dire par l'excision rayonnante de trois plis de la marge de l'anus. Pour cela, la femme a été couchée comme pour l'opération de la fistule à l'anus; le chirurgien a saisi avec une pince un premier plis très près de l'ouverture anale et dirigé vers une fesse, et il l'a excisé à l'aide de ciseaux courbes dans l'étendue de trois à quatre centimètres (un pouce environ); puis un autre pli pareil du côté opposé, dans la direction de l'autre fesse; et enfin un dernier pli en avant, vers la fourchette. Les trois plaies ont été abstergées à l'aide d'une éponge trempée dans de l'eau froide, puis pansées à plat avec un linge fenêtré enduit de cérat, de la charpie par dessus, une compresse double et un bandage en T. On peut prévoir que les suites seront heureuses, tel ayant été le résultat ordinaire de cette opération chez les nombreux malades que nous avons si souvent vu opérer de la sorte par Dupuytren. Nous avons à peine besoin d'ajouter que la suppuration des trois plaies rayonnantes doit produire des cicatrices dont la rétraction centripède doit emmener le resserrement de l'anus et s'opposer ainsi à la chute ultérieure du rectum. Telle est du moins la doctrine qu'on a toujours appliquée à cette opération.

On soutient généralement que la cause la plus constante du prolapsus rectal, c'est la paralysie du sphincter de l'anus, ou du muscle releveur. Effectivement le sphincter est ordinairement très flasque dans cette infirmité. De là l'indication des remèdes antiparalytiques, tels que la noix vomique, la strychnine, etc., qu'on trouve recommandés contre cette affection; mais c'est là une grave erreur. Il en est de cette paralysie comme de celle de la vessie qui n'existe jamais à l'état isolé, et il serait impossible d'admettre, par exemple, chez la femme dont nous venons de parler, une paralysie quelconque, malgré que le sphincter soit relâché chez elle, par la raison que la moelle n'offre aucun signe de lésion, aucune partie n'étant paralysée ni rétractée. D'un côté, dans la véritable paralysie du sphincter, comme chez les paraplégiques, etc., on ne voit pas le prolapsus se produire, ni dans les cas où le sphincter a été traumatiquement endommagé, et qui laisse échapper passivement les matières fécales. Il est impossible, dans l'état actuel des connaissances, de ne pas rattacher le prolapsus en question aux mêmes conditions que la descente de la matrice, c'est-à-dire au ramollissement phlogistique des muqueuses. Qu'une cause irritante quelconque agisse chroniquement sur la muqueuse du rectum, savoir, des hémorrhoïdes, des lombrics, des habitudes vicieuses, etc., cette membrane se gonfle, se ramollit, devient granuleuse, se relâche, tombe par le passage des matières fécales, comme la paupière chroniquement enflammée qui se renverse petit à petit et forme ectropion. Il est facile de se convaincre que cette étiologie est la seule vraie dans tous les cas indistinctement, même alors que la muqueuse est entraînée mécaniquement par un corps étranger, tel qu'un polype ou une tumeur quelconque. En examinant la membrane sortie, en effet, on voit qu'elle est manifestement enflammée, ramollie, épaissie, et qu'elle ne s'est laissée prolapser que par suite de ces conditions. Il en est exactement de même du prolapsus de la paroi antérieure ou postérieure du vagin,

près de la vulve; nous nous sommes assuré dernièrement encore de l'exactitude de ce fait sur deux femmes qui étaient à Saint-Louis pour une maladie utérine, et dont le vagin présentait la condition dont il s'agit. Nous pouvons même généraliser ce fait aujourd'hui, et établir que, quel que soit le prolapsus muqueux auquel on a affaire, au rectum, au vagin, aux paupières, dans un anus contre nature, au voile du palais, au conduit auditif, aux narines, etc., le mal ne connaît et ne peut même connaître d'autre cause qu'une phlogose chronique. Nous disons qu'il ne peut connaître d'autre cause, par la raison que les membranes muqueuses n'obéissent pas aux nerfs volontaires, et l'on sait que la paralysie ne peut jamais atteindre d'autres parties que ceux qui obéissent à l'empire de la volonté. On voit cependant à chaque instant des chimistes toxicologues parler de paralysie du cœur, de l'estomac, etc.; mais les médecins doivent prendre en pitié des pareilles inepties! Au reste, en établissant, d'après l'observation directe, que la phlogose est la condition unique, véritable du prolapsus rectal, l'on comprend que nous laissons libre l'intervention d'une multitude de causes occasionnelles qui peuvent amener la condition en question : ainsi, les diarrhées chroniques, la pierre vésicale, etc., etc., n'agissent pas autrement. Quant à la prétendue paralysie du sphincter, nous dirons que c'est là de l'impuissance contractile causée par la phlogose elle-même communiquée jusqu'au muscle, ou par la distension mécanique causée par la chute répétée de la muqueuse. Le sphincter anal est impuissant dans ces occurrences, comme le sphincter du col vésical dans l'hypertrophie de la prostate ou dans la cystite près-sphinctérique. Notez bien, au surplus, que nous ne voulons pas dire par ce qui précède que le sphincter anal, qui est un muscle volontaire, ne puisse se paralyser; mais ce que nous soutenons, c'est qu'il ne se paralyse jamais isolément. Qu'on cite un seul exemple contraire à cette assertion.

Il suit de ces remarques que le principe dynamique, véritablement prophylactique et curatif du prolapsus rectal, est l'antiphlogistique, ce qui ne doit, bien entendu, rien préjuger au traitement chirurgical dans les cas où le mal a acquis des conditions mécaniques telles qu'il est au dessus de la puissance des premiers moyens. En première ligne, on doit placer le nitrate d'argent comme modificateur des muqueuses prolapsées ou prêtes à le devenir. Nous avons la conviction qu'on peut généralement obtenir de meilleurs résultats par des cautérisations répétées de la muqueuse avec ce sel qu'avec le fer incandescent, malgré que ce dernier moyen ait été plusieurs fois employé avec un succès complet. Remarquez bien que ni le fer rouge ni le nitrate d'argent ne sont ici employés comme moyens destructeurs; ce qu'on se propose, c'est la résolution, la fonte du tissu cellulaire sous-muqueux engorgé, épaissi, et la réduction de volume des vaisseaux artériels et veineux hypertrophiés. Le nitrate d'argent pourrait être non seulement employé en substance, par des traînées journalières, mais encore en solution concentrée qu'on applique avec un pinceau, ou bien en pommade en permanence dans le rectum à l'aide d'une petite mèche, ou mieux encore en solution légère qu'on injecte à la partie inférieure du rectum et qu'on abandonne à l'absorption. Tant que le prolapsus est réductible, on peut espérer de le guérir à l'aide de divers topiques dynamiques, alors même qu'il serait compliqué d'hémorrhoïdes, les petites tumeurs de ce genre pouvant elles-mêmes subir, dans beaucoup de cas, des modifications favorables. Un chirurgien anglais, M. Houston, a publié il y a deux ans plusieurs cas de guérison de prolapsus rectal chez l'adulte, par la cautérisation avec de l'acide nitrique. A l'aide d'un petit batonnet de bois mou, à pointe ronde, préalablement trempé dans cet acide, le chirurgien pratiquait la réduction et la cautérisation à la fois. Le bout de l'instrument était appliqué dans le milieu de l'espèce de gimblette que forme le prolapsus; en pressant comme pour entrer dans le rectum, la muqueuse se pliait sur elle-même, et en rentrant avec le batonnet elle s'appliquait successivement sur celui-ci et s'appropriait en même temps l'acide. La cautérisation opérée et les parties rentrées, les malades étaient maintenus en repos au lit pendant plusieurs jours, avec la précaution d'éviter les efforts qui pourraient faire ressortir la muqueuse; mais le prolapsus n'a plus de tendance à reparaître, la muqueuse étant profondément modifiée par le caustique. La douleur est très vive au moment de l'opération; mais elle s'apaise graduellement et sa durée totale n'est que de deux heures environ. Consécutivement, un écoulement puriforme a lieu de l'intérieur du rectum; on surveille, on lave les parties, on examine la marche de la coarctation consécutive, et généralement la guérison radicale a eu lieu sans d'autres secours.

On peut se demander si l'on ne doit pas quelquefois préférer le traitement par les caustiques potentiels à la méthode de Dupuytren, qui guérit presque toujours à l'aide de l'incision rayonnante. Cette méthode n'attaque qu'une des conditions secondaires du prolapsus, l'élargissement de l'anus. A moins de supposer que la suppuration des incisions préanales influe heureusement sur la phlogose chronique du tissu cellulaire sous-muqueux, et y détermine une réaction résolutive en faisant passer cette phlogose à l'état aigu, il est probable que la maladie de la muqueuse reste cachée, pour ainsi dire, par la coarctation consécutive du sphincter, et que le prolapsus peut se reproduire. On ignore cependant ce que les opérés des hôpitaux deviennent plus tard, et nous ne possédons pas de documents pour éclaircir ce dernier doute. Au reste, en supposant que le seul obstacle mécanique, apporté par les cicatrices, fût suffisant pour amener la guérison radicale du prolapsus, ainsi que cela semble résulter des observations de M. Amussat sur l'anus artificiel, et que nous exposerons plus bas, il y a toujours lieu de poser la question que nous venons d'émettre; car enfin il est certaines raisons qui ne permettent pas toujours d'employer, chez les jeunes sujets du sexe, l'opération sanglante qui laisse des traces de son action à l'extérieur. Aussi M. Roux et M. Lisfranc préfèrent-ils l'ébarbement pur et simple de la muqueuse prolapsée, ce qui ne laisse pas de cicatrice apparente. Il est probable néanmoins que l'on préférerait, dans ces occurrences, plus souvent le caustique au bistouri, si l'on s'était attaché à en mieux saisir l'importance et le mode d'action. Ce sujet mérite d'ailleurs d'autant mieux de fixer l'attention

des praticiens, qu'il est des malades qui ont une aversion absolue pour le bistouri, et que, chez d'autres, le prolapsus est irréductible en totalité ou en partie, et alors le caustique est d'un précieux secours.

Dans un cas de ce genre, auquel un confrère a demandé dernièrement notre concours, il y avait à l'anus, chez une dame âgée, une masse du volume du poing, dont une moitié était adhérente à la peau près-anale; les gaz stercoraux ne sortaient plus; hoquet, balonnement abdominal, pouls petit, vomituritions. Les choses étaient en cet état depuis plusieurs jours. La vascularisation de la tumeur était excessive; douleurs vives au toucher; le taxis avait été essayé sans succès. On a commencé par pratiquer sur-le-champ la myotomie sous-cutanée du sphincter, par le procédé que suit M. Blandin dans la fissure anale, ce qui a produit une détente salutaire et permis l'introduction d'une grosse sonde dans le rectum, laquelle a donné issue à des torrents de gaz. Le lendemain, la tumeur a été attaquée par des applications successives du caustique calcéo potassique; elle a été détruite, et la guérison a été complète et sans le moindre accident. La pâte de chlorure de zinc a été essayée : elle a offert ici des inconvénients. Nous pensons aujourd'hui qu'on doit préférer à tout autre caustique la pommade sulfo-safranée.—Sans doute qu'habitués au bistouri, beaucoup de chirurgiens n'adopteront jamais les caustiques contre cette maladie, quelle que soit d'ailleurs la condition matérielle de celle-ci, et nous savons même qu'on traiterait avec dédain ceux qui ne suivraient pas leur exemple. Ainsi couper, soit la muqueuse, soit la peau près-anale, tel est le principe généralement adopté. Il est cependant, ainsi que nous venons de le voir, des cas exceptionnels où le bistouri ne peut être employé. Il est donc bon qu'on ait alors recours aux caustiques. Ces moyens doivent en conséquence être toujours adoptés dans l'art; seulement ils resteront comme exceptionnels pour les uns, comme une méthode générale pour les autres : on nous permettra d'être de ces derniers. Nous avons développé ailleurs les raisons de cette préférence.

On s'imagine communément que prendre souvent des lavements émollients et des bains de siége, favorise le prolapsus en relâchant la muqueuse. On en a dit autant des collyres émollients par rapport à l'ectropion : c'est là une erreur complète. Nous venons de voir que la source du prolapsus était la phlogose; or, à moins que les lavements ou les bains de siége ne soient capables de favoriser ce travail, on ne comprend pas l'appréhension dont il s'agit. C'est qu'on s'imagine que l'eau relâche les tissus vivants comme des chairs de cadavre qu'on fait macérer, ou du linge qu'on trempe dans un liquide! Voyez donc ce qui arrive sur un membre blessé qu'on expose à un courant continu d'eau, ou à des fomentations émollientes pendant longtemps : les chairs se raffermissent, au contraire, au lieu de se relâcher, par cela même qu'on enlève par là la véritable cause du ramollissement, la phlogose. L'observation journalière apprend d'ailleurs que les individus bien portants qui travaillent dans l'eau chaude ou froide n'éprouvent aucun relâchement dans les tissus mouillés, si l'on en excepte l'épiderme qui est un produit presque inorganique. Il est donc inexact de dire que les lavements, les bains de siége et les cataplasmes émollients favorisent le prolapsus. Ces moyens peuvent être toujours conseillés sans inconvénient : ils soulagent sans être pourtant suffisants pour la guérison. C'est là une nouvelle preuve de la puissance dynamique des tissus vivants, devant laquelle se taisent les lois physico-chimiques du règne inorganique.

— **La staphyloraphie**, cette heureuse opération, qui a été inventée deux fois de nos jours, et que la chirurgie doit surtout à M. Roux, nous a bien appris à restaurer l'un des instruments essentiels de la phonation et de la déglutition; mais elle ne nous a rien dévoilé sur la nature de certains vices de la parole inhérents à des conditions anormales des arrières-narines. Un homme, que M. Roux a eu la bonté de nous faire observer, il y a quelques jours, dans son service à l'Hôtel-Dieu, présente, dès son enfance, la parole nasillarde et demi-aphone, comme si son voile du palais fût divisé; cependant cette partie est à l'état normal. Un examen minutieux a fait découvrir à M. Roux que la voûte palatine osseuse était bifide en arrière, c'est-à-dire se terminait en V sur la ligne médiane, vers le bord postérieur des os de la voûte. Cette bifurcation se sentait aisément avec le doigt, à travers les parties molles qui la couvrent. Ainsi, il n'y a pas de trou, pas de fente qui communique des fosses nasales dans la bouche, puisque la muqueuse est continue par tout; le nez paraît bien conformé d'ailleurs, les fosses nasales, les sinus maxillaires, tout semble normal à l'extérieur; on n'aperçoit aucune trace de cicatrice ni de nécrose; le pharynx d'ailleurs ne présente rien de remarquable, et l'individu n'est pas atteint de maladie pulmonaire. Pourtant la voix ne s'énonce que par un son nasillard et obscur, exactement comme chez les individus affectés de fente congénitale du voile du palais. Nous disons *congénitale*, car dans la division accidentelle de cette partie, la voix n'est pas aussi profondément altérée. Chez un jeune homme que M. Blandin vient de soumettre à la staphyloraphie, à l'Hôtel-Dieu, la division, qui était congénitale, ne s'est bien réunie que dans les neuf dixièmes antérieurs; le petit coin postérieur, formant la luette, est resté seul béant dans l'étendue d'un centimètre environ; il y forme un V; pourtant la voix est demeurée nasillarde et demi-aphone, presque comme avant l'opération. D'un autre côté, nous avons parlé dernièrement (numéro de sept., p. 228) d'une opération pareille faite à Saint-Louis par M. Jobert sur un jeune homme qui s'était fendu le voile du palais en dehors de la ligne médiane, par un coup de fusil déchargé dans la bouche, la réunion a également échoué en arrière dans l'étendue de deux centimètres environ; cependant la parole a ici conservé sa clarté et son timbre naturels. Ce timbre, au reste, n'était qu'à peine changé avant l'opération, à cause sans doute de l'excentricité de la fente qui avait laissée intacte la luette et les deux tiers en largeur du voile du palais.

Par suite de ces remarques, nous avons dû nous demander si, à la suite de la staphyloraphie, dans les cas de division congénitale et médiane du voile du palais, la voix reprenait

tout à fait son timbre naturel, et combien de temps après ce rétablissement avait lieu. Nous ne pouvions, en effet, dans le cas de M. Blandin, nous expliquer la persistance de l'altération de la voix par la seule division restante de la luette, puisqu'il est prouvé et nous avons observé nous-même que l'excision de la luette n'entraîne aucun défaut dans l'exercice de la parole, ni de la déglutition. Nous avons donc consulté la longue expérience de M. le professeur Roux sur cette matière. Cet habile chirurgien a jusqu'à présent pratiqué cent dix fois la staphyloraphie, y compris plusieurs cas de restauration de la voûte du palais. Sur ce nombre cependant il n'a pu en suivre qu'à peine quelques uns longtemps après la guérison, pour juger des changements que la voix avait pu subir avec le temps. Il en a suivi cependant trois ou quatre qui exercent des professions où l'usage de la parole exige de la pureté, et chez lesquels la voix a parfaitement repris son timbre naturel. M. Roux néanmoins nous a affirmé que pendant les premiers temps de la guérison, la voix continuait à être défectueuse à peu près comme avant, mais que par la suite la voix gagnait par l'exercice. De sorte qu'il ne faut pas s'attendre, sous ce rapport, à un résultat immédiat de la staphyloraphie. C'était là un point assez intéressant à établir d'après l'observation, et qui n'est pas mentionné, à ce que nous sachions, dans les ouvrages qui traitent de cette opération. On pourrait peut-être attribuer cette longue persistance du défaut de la voix à l'impuissance du voile du palais lui-même à osciller; car il est parfaitement prouvé, par le fait que nous allons rapporter, que la voix peut reparaître à l'instant avec toute sa pureté et malgré l'ancienneté de sa division, si l'on peut se pourvoir d'un voile artificiel du palais assez bien fait pour cela.

Il y a peu de jours, nous avons vu dans une réunion de médecins chez M. Amussat, et revu encore aujourd'hui, 20 octobre, à l'Académie des sciences, un jeune médecin américain, M. Stearns, affecté d'une division congénitale du voile du palais, et qui avait été opéré deux fois dans son pays sans succès. Il pourrait l'être encore cependant, car les deux lambeaux sont assez larges, épais et semblent assez flexibles pour se prêter à un nouveau rapprochement. Quoi qu'il en soit, la fente est médiane, complète jusqu'aux os, mais ceux-ci sont intacts. L'écartement des deux lambeaux est considérable, et la voix offre le caractère propre à cette infirmité : elle est nasillarde, sourde, indistincte. Ce jeune confrère a eu l'heureuse idée de se faire lui-même un voile artificiel du palais, et il a réussi si admirablement bien qu'à l'instant sa voix devient parfaite, et il est impossible de s'apercevoir qu'il porte un instrument quelconque dans la bouche. Cet instrument se compose de deux parties : l'une, solide, c'est une plaque en or qui s'adapte à la voûte osseuse du palais, et qui y est fixée à l'aide de deux crochets latéraux contre les dents; l'autre, mobile, en caoutchouc, qui est fixée à la précédente, et sert de voile du palais. Celle-ci se prolonge dans l'arrière-gorge, comble le vide triangulaire laissé par l'écartement des deux lambeaux du voile naturel et va heurter contre la paroi postérieure du pharynx qui s'est très bien habituée à ses attachements. Cette portion en caoutchouc de l'instrument est elle-même composée de trois lamelles fines comme du papier, placées horizontalement et imbriquées les unes sur les autres, de telle sorte que la lamelle médiane est superposée aux deux lamelles latérales, et se prolonge un peu en pointe dans le milieu pour imiter la luette. On se formera aisément une idée de cette partie essentielle de l'instrument de M. Stearns, en s'imaginant un morceau de papier de la forme et de la grandeur du voile du palais, et qu'on fendrait d'arrière en avant sur les côtés; il en résulte trois lamelles flottantes qui oscillent parfaitement de haut en bas et de bas en haut par le passage de l'air. Pour rendre cette oscillation plus parfaite, l'auteur s'est servi judicieusement d'un fil en or roulé en spirale, comme une élastique de bretelle, à l'aide duquel il accroche le voile en caoutchouc à la plaque fixée au palais. L'application de l'instrument est extrêmement facile; il prend la plaque palatine, il fixe à son bord postérieur la plaque trilamellaire élastique, à l'aide d'un crochet qui s'engage dans la petite spirale en fil d'or, et il l'introduit dans la bouche avec ses deux mains; il le pousse en arrière jusqu'à ce que les deux crochets de la plaque palatine s'adaptent dans les deux espaces interdentaires formés par l'arrachement de la seconde molaire supérieure de chaque côté. Cela est exécuté avec autant de promptitude et de facilité que la pose d'une paire de lunettes devant les yeux. La voix devient aussitôt nette et belle. M. Stearns a lu à haute voix, avant et après l'application de l'instrument, le résultat est vraiment merveilleux. Il mange et il boit parfaitement sans déranger l'instrument; il peut dormir aussi avec lui; mais pour ne pas compromettre les dents contre lesquelles appuient les crochets de la plaque fixe, il l'ôte la nuit et le met dans un verre d'eau comme un œil artificiel.

Disons enfin que le caoutchouc des trois languettes oscillantes est très résistant; l'auteur dit que c'est du caoutchouc fondu et recomposé avec des additions de son invention. On pourrait, au reste, se servir de caoutchouc simple, aminci par la chaleur et la compression, et qu'on changerait souvent pour l'avoir propre et sans danger de se déchirer, ou pour éviter le désagrement de la mauvaise odeur que toutes les substances organiques acquièrent avec le temps en contact avec la salive et les autres sucs buccaux. Rien ne serait plus facile que d'apprendre aux patients à préparer eux-mêmes ces petites lamelles en caoutchouc. L'invention de M. Stearns sera probablement jugée digne des encouragements de l'Académie des sciences, puisqu'elle remplit une lacune très importante dans la prothèse chirurgicale.

—**L'entérotomie lombaire**, que M. Amussat a si heureusement fait revivre et accréditée par ses beaux succès, a dernièrement fourni matière à une discussion importante dans une réunion nombreuse de médecins qui a eu lieu chez ce chirurgien, à l'occasion d'un ses opérés qui s'y est présenté guéri, et que nous avons observé avec un vif intérêt. Il s'agit d'un enfant du sexe masculin, âgé de trois ans environ, opéré dès les premiers jours de la naissance par M. Amussat, pour une obturation complète, ou plutôt absence de l'intestin rectum. Des tentatives avaient été faites d'abord par ce praticien en présence d'autres chirur-

giens, par la voie périnéale; il chercha en vain l'intestin par cette voie jusqu'à la hauteur de la saillie sacro-vertébrale. Dès lors l'entérotomie lombaire dut être jugée la seule ancre de vie. M. Amussat la pratiqua dans le flanc gauche, avec un heureux résultat, et c'est ce même enfant qu'on examinait aujourd'hui. Il était, comme on le voit, intéressant d'observer de ses propres yeux comment la nature s'était accommodée d'un pareil état de choses. L'enfant est parfaitement développé, vif, fort, gai, remarquablement intelligent, et il marche aussi bien que les enfants de même âge les mieux constitués. Aucune odeur désagréable ne s'exhale de son corps, son teint est beau, ses vêtements et la surface de ses membres ne présentent aucune impropreté dépendant de l'anus anormal; seulement le ventre a un développement considérable, dû à la longue constipation habituelle à laquelle le petit patient est resté sujet. Voilà pour les apparences extérieures. Ainsi, notons tout d'abord, car ceci est important, cette absence absolue d'écoulement involontaire des matièmes fécales par l'anus artificiel, cette constipation habituelle de plusieurs jours; car le petit patient n'exerce la fonction défécatrice que tous les huit, dix jours, et cela est constant, dit M. Amussat, tant chez les enfants que chez les adultes opérés par lui et pansés de la manière que nous allons indiquer. Il nous a paru éminemment essentiel de constater ce premier fait de la rétention complète des matières fécales et de l'abscence de toute odeur désagréable, puisque, *à priori*, on s'imagine naturellement le contraire; et c'est une pareille présomption mal fondée qui détourne souvent les médecins, les malades ou les parents de ceux-ci de consentir à une pareille opération. La mère de cet enfant a déclaré que des gaz seulement s'échappaient involontairement par l'ouverture lombaire, mais il y a aussi moyen de les retenir si l'on veut, ainsi qu'on va le voir.

On deshabille l'enfant et on ne trouve pour tout appareil qu'une petite bande circulaire propre et blanche. L'anus artificiel est à gauche, ainsi que nous l'avons dit, entre la crête iliaque et les dernières fausses côtes, un peu en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure et vers le milieu de l'espace qui existe entre ce point et les côtes. Il est bouché par une espèce de bilboquet en gomme élastique, sorte de gros clou troué dont la tige est introduite dans l'ouverture intestinale, et dont la tête plate reste au dehors, appliquée à fleur de peau, et sur laquelle est posée ensuite la bande circulaire. Cet instrument obturateur, qui est parfaitement toléré, a pour double but d'empêcher la muqueuse de se renverser et l'ouverture dermique de se rétrécir, circonstance qui est déjà arrivée avec des accidents graves chez cet enfant lorsqu'on a voulu se passer de l'instrument. La queue de celui-ci, qui passe et reste dans l'intestin, offre trois à quatre centim. (un pouce environ) de longueur, et un centimèt. environ (un tiers de pouce) de largeur; sa plaque présente la grandeur d'une pièce de deux francs ou un peu plus. La mère du petit patient ôte et réintroduit délicatement ce bouchon en le saisissant par la plaque et en l'inclinant doucement en différents sens que l'expérience lui a appris; il y reste fermement, sans liens et même sans la bande dont nous avons parlé. Les gaz s'échappent par l'ouverture axuelle du clou et nullement par les côtés qui sont serrés par la cicatrice, et l'on comprend que dans l'âge adulte, le patient peut très bien, quand il le trouve nécessaire à ses relations, remplacer temporairement le clou percé par un obturateur plein, et empêcher par là les gaz de sortir. La matière de ces obturateurs a subi différentes épreuves; on a essayé successivement des morceaux de bougies dites rats-de-cave, des pièces faites exprès en tissus des sondes uréthrales élastiques, en caoutchouc pur; enfin en buis, en ébène, ou en ivoire. Ces derniers ont paru préférables, et il est probable que les meilleurs sont ceux en métal doux, peu oxydable, ou dont l'oxydation n'offre point de danger, tel que l'or sans alliage, le platine, le zinc, l'étain, ou même le plomb verni, ou mieux encore la porcelaine, ou le verre solide. Les substances organiques en effet s'imbibent aisément de fluide et de gaz stercoraux, se putréfient ou retiennent fortement l'odeur fétide. On sait que c'est là la raison par laquelle on a dû renoncer à l'ivoire pour les dents artificielles.

Le bouchon ayant été ôté, on a pu constater l'ouverture anale; elle est béante, ronde, d'un centim. environ de diamètre, analogue à celle que présente un coup de feu à balle; ses bords sont parfaitement cicatrisés, blancs; la peau est légèrement introversée; la ligne blanche cicatricielle est entourée d'une aréole rouge, comme érysipélateuse, assez sensible au toucher. Au fond de cette ouverture, on observe la muqueuse intestinale fortement injectée, gonflée, repliée sur elle-même et comme saillante pour faire hernie. Pas de gonflement, pas de tumeur, pas de dureté aux alentours. — Du côté de l'anus naturel, on voit des dispositions normales à l'extérieur, et une impasse au delà. L'enfant a des chairs fermes, robustes et des dispositions à une gaîté intelligente remarquable qui compenseront vraisemblablement un jour les inconvénients d'une infirmité qui doit rendre sa vie exceptionnelle.

La discussion a porté sur la source de la constipation opiniâtre dont nous venons de parler, constipation qui est un bien en un sens, un mal dans un autre; car l'enfant reste dix, douze, quinze jours sans éprouver le besoin d'aller à la garde-robe, son ventre se balonne et des vomissements surviennent quelquefois jusqu'à ce qu'il a, par de grands efforts prolongés et à l'aide de purgatifs, expulsé des masses de matières indurées. La mère a essayé de donner souvent des lavements émollients par l'anus artificiel; cela ne provoque pas de garde-robes, et la chose n'a lieu que lorsque le colon en est tout à fait bourré.

Reste maintenant à chercher l'explication et les moyens d'y remédier. M. Amussat a fait remarquer que la source de la constipation était sans contredit dans l'usage, si indispensable d'ailleurs, de l'instrument obturateur; car les malades qui n'y ont pas recours, ou qui ne portent qu'une sorte de boîte devant l'ouverture, présentent au contraire un prolapsus de la muqueuse avec un écoulement involontaire incessant de matières liquides, ce qui rend l'infirmité fort incommode. L'action irritante de la boîte et de la matière qu'elle reçoit se propage de la muqueuse prolapsée dans l'intérieur de l'intestin : de là un dévoiement continuel. L'obturateur prévient au contraire cet effet et donne en même temps un résultat opposé, c'est-à-dire il dépasse malheureusement

le but. Pourtant ce dernier état est incontestablement préférable, puisqu'il n'offre pas les inconvénients graves du premier, et que l'on peut remédier à la constipation à l'aide d'aliments aqueux, gras, mielleux, laxatifs, de boissons analogues ou même de purgatifs terreux ou organiques, dont l'usage habituel est parfaitement innocent et même salutaire, tels que l'huile d'olives, la magnésie, diverses eaux minérales salines, l'eau fraîche bue à jeûn avec abondance, les pastilles de manne, la teinture de colchique, les figues grasses, les pruneaux, etc., etc. La continuation de plusieurs de ces moyens, dans l'âge de la raison, ne peut manquer de combattre avantageusement l'accident dont il s'agit. Plusieurs savants, entre autres, M. Jules Roux, chirurgien de la marine, M. Capuron, M. Richelot, M. Larrey, etc., qui assistaient à la réunion, ont discuté diverses questions intéressantes à l'occasion de cette présentation. On ne saurait trop recommander aux praticiens l'étude approfondie de l'opération dont il s'agit et des questions qui s'y rattachent; les divers mémoires de M. Amussat sur la matière forment un ensemble précieux, qu'on peut consulter comme le meilleur code existant jusqu'à ce jour.

Hôpital de la Charité (M. VELPEAU).

VEGETATIONS BLENORRHAGIQUES CHEZ UNE FEMME ENCEINTE.— Une jeune femme, âgée de 25 ans, enceinte pour la première fois et au huitième mois de sa gestation, a été reçue à la clinique pour une affection granuleuse considérable à la vulve. Les deux grandes lèvres forment deux tumeurs, du volume presque des deux poings, par des végétations vénériennes énormes qui les couvrent de toute part, surtout à leur face externe, s'étendant jusqu'au périnée et à l'anus, à la fourchette, à leur face interne, mais beaucoup moins en dedans et dans le vagin. On se formerait approximativement une idée de cette masse végétante en se rappelant la surface dorsale d'un hérisson. Ces excroissances sont compactes, rapprochées, laissent suinter une sanie d'une fétidité repoussante. La pauvre femme est pâle, d'un teint un peu cachectique, quoique forte et bien portante d'ailleurs. Il y a trois mois, dit-elle, qu'elle s'est aperçue de la naissance de ces végétations, mais plusieurs mois auparavant elle avait eu un écoulement blenorrhagique qui paraît presque éteint aujourd'hui. M. Velpeau a prescrit d'abord des lotions désinfectantes à l'aide d'une eau chlorurée, puis il a essayé de flétrir les granulations en les saupoudrant d'alun. Un traitement antisyphilitique interne a été en même temps prescrit. Le mal local n'ayant pas notablement changé au bout de quelques semaines, on en a pratiqué l'ébarbement, véritable tonsure sanglante qui a donnée lieu à un écoulement prodigieux de sang des grandes lèvres. Ce sang, cependant, a fini par s'arrêter spontanément, et il ne s'en est suivi aucun accident, les mouvements de l'enfant ayant continué à se faire sentir à l'ordinaire. La femme était assez bien quelques jours après l'opération. Reste seulement à savoir si les végétations ne se reproduiront pas, ainsi que cela a souvent lieu sur le gland de l'homme où on les rencontre assez souvent. L'opération cependant était indispensable.

—La particularité la plus importante de ce fait c'est la coexistence de la grossesse avec des végétations blénorrhagiques aussi considérables. Nous avons vu un cas analogue, il y a une douzaine d'années, chez une jeune femme enceinte, traitée à l'Hôtel-Dieu par Dupuytren. La masse végétante existait dans le vagin. Dupuytren l'ébarba pareillement; l'hémorrhagie fut très abondante et suivie d'avortement. On peut se demander si le traitement iodo-mercurique est indispensable dans les excroissances de ce genre, qui se rattachent à la blénorrhagie. Les opinions sont partagées à cet égard. M. Velpeau professe la possibilité de l'infection syphilitique par le seul fait de la blénorrhagie sans chancres. Aussi, le traitement iodo-mercurique est de rigueur d'après lui. C'est là une grave question que nous n'entreprendrons pas à résoudre en ce moment, mais il importe de faire remarquer que sans de grandes précautions un pareil traitement peut frapper fâcheusement le fœtus, surtout si des signes d'intolérance se déclarent chez la mère. Il en est autrement quand l'indication mercurielle est incontestable par la présence d'une syphilis constitutionnelle manifeste. Nous reviendrons sur ce fait s'il y a lieu.

SYPHILIS TERTIAIRE. *Cas grave.*—Un homme de la campagne, roulier, âgé d'une quarantaine d'années, de constitution cacochyme, nez épaté, voix nazillarde, intelligence obtuse, a été reçu à la Charité pour une maladie à la racine de la verge, simulant les apparences du cancer. Cette maladie consistait en une ulcération creuse, vers la partie inférieure du pubis, assez large et profonde pour recevoir dans son intérieur un corps du volume d'une noix. Les parois et le fond de cette cavité sont épais, d'un gris sale, lardacés, tels que le cancer ulcéré les présente ordinairement. Au dire du malade, une pareille affection datait de trois mois. Interrogé sur l'article vérole, le patient n'a pu rien dire ou faire comprendre. La seule présomption favorable à cette hypothèse était l'état du nez et l'altération de la voix qui faisaient soupçonner une maladie chronique des os, déjà guérie. D'un autre côté, la base du gland pénien offrait un bourrelet circulaire dur comme du squirrhe. Plusieurs personnes qui ont examiné ce malade à la clinique, ont cru voir un cancer dans l'ulcération creuse du pubis et dans l'induration du gland. Néanmoins, en ébranlant avec les doigts la base de cette ulcération, on ne trouvait pas une tumeur périphérique, comme cela se rencontre ordinairement dans le cancer. Cette dernière circonstance a paru d'un grand poids dans l'appréciation des éléments du diagnostic, et elle a beaucoup contribué, sans doute, à faire pencher M. Velpeau pour un traitement antisyphilitique. En conséquence, il a prescrit les pilules d'iodure de mercure, et localement des cautérisations avec le nitrate acide de mercure. En moins de deux mois de ce traitement l'ulcération cancériforme était cicatrisée, la dureté squirrheuse du gland avait beaucoup diminué de volume, et, en outre, s'était ramollie, et la santé générale s'était remarquablement améliorée. Aujourd'hui, troisième mois, ce malade est tout à fait guéri.

—Il serait, à la vérité, difficile de dire où l'altération syphilitique s'arrête et où la cancéreuse commence dans certains cas, puisque les apparences sont tellement identiques que l'œil le plus exercé peut quelquefois se méprendre. On peut néanmoins attacher, dans les cas douteux, une grande importance à

la présence ou à l'absence de la tumeur basilaire sur laquelle l'ulcération repose. Un cancer ulcéré, creux, n'existe pas ordinairement sans un squirrhe au fond; tandis qu'un travail syphilitique, secondaire ou tertiaire, n'offre pas, dans la généralité des cas, un engorgement périphérique aussi dur ni aussi étendu, en supposant, d'ailleurs, que d'autres symptômes véroliques n'existassent en même temps pour éclaircir le diagnostic. L'observation qui précède offre déjà un véritable intérêt à cause de ces circonstances équivoques et du résultat heureux que le traitement a produit. Il est très probable qu'abandonné à elle-même ou mal traitée, cette affection se serait terminée par la mort. Ce qu'il y a eu de remarquable, surtout relativement au traitement interne, a été la disparition complète de ce cachet chloro-cacochyme sous l'influence des remèdes iodo-mercuriels. D'autres remèdes peuvent sans doute produire le même effet; aussi, n'accordons-nous aucune spécificité au mercure ni à l'iode dans ces occurrences. Les nouvelles études sur la nature et la marche de la syphilis constitutionnelle et sur l'action dynamique des remèdes, autorisent aujourd'hui une pareille assertion.

COMMOTION CÉRÉBRALE.—Dans un cas de commotion cérébrale grave, chez un maçon âgé d'une quarantaine d'années qui venait de tomber d'un troisième étage, M. Velpeau a fait raser la tête et appliquer sur toute cette partie un vaste vésicatoire cantharidé en forme de calotte. Le résultat a été des plus heureux, car le malade s'est réveillé quelques jours après sans présenter de symptômes de méningite. Il est vrai qu'une saignée avait été pratiquée au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, mais l'effet du vésicatoire a paru très salutaire. Après son réveil, le patient est resté pendant quelques jours encore comme étourdi, un peu sourd, ne se rappelant qu'à peine de son accident et ne répondant que très lentement et brièvement aux questions que nous lui avons adressées. Le pouls était, au reste, apyrétique, lent, fort, mais régulier. Guérison.—Quand une commotion cérébrale est arrivé à la période d'hébétude que nous venons d'indiquer, on peut administrer avec une grande confiance le café à l'eau, froid, comme tisane. Deux fois, M. Robert a donné le café dans ces circonstances avec un heureux résultat. Nous avons cité d'autres cas pareils dans notre travail sur l'action du café, inséré dans ce journal. Nous ne craindrions même pas de donner ce remède en cas de méningite, son action dynamique étant anti-congestive et non excitante comme on le suppose.

— Les partisans de la doctrine des révulsions trouveront sans doute admirable ce fait, à l'appui de leur système. Cela, cependant, ne prouve autre chose que l'action hyposthénisante-dynamique de la cantharide absorbée, laquelle a dissipé ou prévenu la congestion inflammatoire des méninges. Voilà de la théorie dira-t-on! Pourquoi donc n'appliquerions-nous pas à notre tour ce même reproche à l'hypothèse humorale de la révulsion? Notez bien, cependant, et ceci n'est pas une affaire de théorie: si le bien du vésicatoire est, comme on le suppose, dans l'irritation, dans la vésication du derme, à quoi bon employer la cantharide? Qu'on remplace donc le vésicatoire par des compresses trempées dans de l'eau bouillante, dans du vin ou de l'alcool très chaud, par des fers incandescents, et l'on verra quels malheurs on produira dans les cas semblables au précédent! D'un autre côté, nous pouvons prouver que les pommades dites éruptives, de tartre stibié, de croton tilium, de cantharides produisent d'autant plus d'effet qu'elles irritent moins le derme, parce qu'elles sont alors mieux absorbées. Nous revenons souvent sur ces idées parce que nous attachons à leur adoption une grande portée pratique.

ONGLE ENTRÉE DANS LES CHAIRS. *Procédé indolore.* — On sait que dans l'opération de l'ongle entré dans les chairs et qui consiste à fendre l'ongle d'avant en arrière avec de forts ciseaux, puis à arracher avec une pince la moitié insinuée morbidement dans les chairs, ce qui est redoutable c'est la douleur excessive qu'une pareille opération occasionne. M. Velpeau a adopté depuis longtemps un procédé propre à amoindrir notablement la sensation douloureuse, et qu'on pourrait par cela même appeler indolore. Ce procédé consiste à entourer préalablement le milieu de l'orteil avec un fort ruban ou un morceau de bande pliée en deux, de la largeur de trois centimètres (un pouce), et à le serrer fortement comme pour l'étrangler au moment de l'opération. Un jeune homme vient d'être opéré de la sorte sous nos yeux et l'on a pu s'assurer que la douleur n'a été réellement qu'à peine sentie. Pour cela, le petit lacq a été passé à l'instar d'une cravate autour de l'orteil, et les deux chefs ayant fait deux fois le tour ont été croisés et confiés à la main d'un aide qui les serrait fortement. Sans cette dernière précaution le but est manqué. Nous avions vu, en effet, un chirurgien se contenter de simplement nouer le lacq sans le faire tenir serré par la main d'un aide, l'effet a été presque nul. La précaution d'ont il s'agit n'est pas sans quelque importance dans une petite opération que la douleur rend si repoussante.

HYDRARTHROSE AU GENOU. *Injection iodée.*—Un jeune homme dont nous avons parlé dans notre dernier numéro, avait subi la ponction d'un genou hydropique et l'injection iodée. Il y a aujourd'hui près de deux mois que l'opération a été faite. Le genou, après s'être gonflé et être devenu douloureux comme une hydrocèle, a commencé à décroître et à passer à l'état indolore. On a, dans les premiers jours seulement, corrigé un peu la réaction à l'aide de cataplasmes et d'onctions mercurielles; puis, les choses ont été abandonnées à la nature. La résorption du liquide marche lentement aujourd'hui, la tumeur semble un peu moins prononcée qu'avant l'opération, mais la guérison n'est pas encore obtenue. Si elle aura lieu, on peut déjà dire, dans ce cas du moins, qu'elle ne s'opère qu'avec une grande lenteur. Nous tenons à donner la fin de cette observation.

Hôtel-Dieu (M. Blandin).

PARALYSIE TRAUMATIQUE DE L'AVANT-BRAS. — Un homme âgé d'une quarantaine d'années, de bonne constitution, robuste, habituellement bien portant, n'ayant jamais fait de maladie, exerçant la profession de garcon dans une maison de commerce d'étoffes en laines, a dû soulever une lourde pièce de mérinos mouillé, pesant 80 kilog. environ. A l'instant il a senti sa main droite céder d'impuissance, et un engourdissement s'étendre dans l'avant-bras correspondant. Dès ce moment, sa main et son avant-bras sont restés paralysés. Cet accident est arrivé il y a quelques semai-

nes seulement et les choses n'ont aucunement changé. A l'examen, on trouve la main et les doigts dans la demi-flexion, ne pouvant qu'à peine se fléchir sous l'influence de la volonté et nullement s'étendre. La peau de la main et de l'avant-bras est complètement insensible aux pincements, aux piqûres d'épingles, et cette insensibilité se limite nettement à l'articulation du coude. Le bras et les muscles de ce membre qui s'attachent à l'avant-bras sont parfaitement sains, mais tous les muscles qui partent de l'avant-bras pour se rendre au poignet et aux doigts sont complètement paralysés. Tout le membre est d'ailleurs parfaitement bien nourri, seulement on trouve vers le milieu de la face antérieure et interne de l'avant-bras une bosse molle, du volume d'un gros œuf, qu'on attribue à une hernie musculaire, par suite de la déchirure de l'aponévrose anti-brachiale, pendant l'effort que le patient dit avoir fait pour soulever le fardeau ci-dessus indiqué. Le malade ne se plaint de rien; pas de douleur à la nuque, à l'épaule, à l'aisselle, au bras, nulle part, en un mot, dans le trajet du plexus brachial. M. Blandin ne pouvant suffisamment s'expliquer cette paralysie, a soigneusement interrogé le malade à plusieurs reprises sur les circonstances de la déclaration de la maladie; il n'a pu rien obtenir de plus.—On lui applique depuis une quinzaine de jours, à l'Hôtel-Dieu, de larges vésicatoires volants autour du coude et sur la partie supérieure de l'avant-bras; on les saupoudre avec de la strychnine, mais on n'a presque rien obtenu jusqu'à présent, et ce résultat négatif, l'état comme mort de l'avant-bras, n'autorisent pas à espérer grand'chose de ces moyens. C'est un de ces cas devant lesquels l'art est forcé d'avouer son impuissance et de réclamer de nouvelles lumières.

— Les conditions de cette paralysie, produite par la simple distension forcée de l'avant-bras, et limitée seulement à cette partie, sont tout à fait insolites, et rendent par cela même le fait digne d'attention. Il y a quelques mois, nous avons consacré un article spécial à cette paralysie (n° de juin, p. 97, de juillet, p. 157), à l'occasion d'un fait pareil que nous venions d'observer dans le service de M. Velpeau à la Charité. Nous nous sommes livrés à quelques recherches et nous sommes arrivé à des conclusions auxquelles nous devons renvoyer le lecteur aujourd'hui, la science manquant jusqu'à ce jour d'autres documents d'ensemble sur ce sujet spécial. Au reste, M. Blandin a déclaré qu'il rencontrait pour la première fois cette espèce de paralysie, ce qui veut dire qu'elle doit être très rare. Faisons remarquer, en attendant, que la paralysie par distension forcée des nerfs est peut-être de la plus mauvaise espèce; elle mérite de nouvelles études.

FISSURE A L'ANUS. *Myotomie sous-cutanée.*—Nous avons déjà plusieurs fois appelé l'attention de nos lecteurs sur les résultats remarquables que M. Blandin obtient journellement à l'Hôtel-Dieu dans le traitement de la fissure à l'anus, à l'aide de la division sous-cutanée du muscle sphinter. Nous y revenons, et parce que les faits se multiplient avec un résultat invariable, et parce qu'il serait à désirer que ce mode opératoire fût adopté par la généralité des chirurgiens. Aujourd'hui encore, nous venons de voir un jeune homme robuste qui a été opéré à l'Hôtel-Dieu depuis deux jours; ses souffrances étaient atroces avant l'opération, chaque garde-robe entraînant des douleurs insupportables pendant plusieurs heures. Ces douleurs revenaient même quelquefois dans les intervalles des gardes-robes. Il est déjà parfaitement guéri, la défécation ayant pu avoir lieu sans gêne et sans douleur. Les faits de ce genre dépassent le nombre de cinquante jusqu'à aujourd'hui. Le mode opératoire de M. Blandin est extrêmement simple, nous l'avons déjà décrit (t. 2, p. 62); nous aimons à le reproduire, attendu l'importance de la chose.— Le malade est couché comme pour l'opération de fistule à l'anus; le chirurgien introduit dans le rectum le doigt indicateur de la main gauche; il prend de la droite un petit ténotome, droit, pointu, le glisse obliquement sous le derme de la fesse à un ou deux pouces de distance de la marge de l'anus, et il arrive ainsi jusqu'à la muqueuse rectale sans la percer; il en sent là la pointe par la pulpe de son doigt qui garantit la membrane. Il retire alors ce bistouri, et par le même trajet il glisse un ténotome boutonné qu'il pousse même un peu plus loin dans le tissu cellulaire sous-muqueux où il est guidé par le doigt conducteur. Cela fait, il tourne le tranchant en dehors, et par un mouvement de bascule qu'il fait exécuter au manche, il coupe nettement le muscle sphinter de dedans en dehors, c'est-à-dire de la muqueuse rectale vers la fesse. On sent, pendant ce temps, que le bistouri divise un tissu résistant, et à l'instant, le doigt qui est dans le rectum, sent une détente s'opérer vers l'anneau anal, il cesse d'être serré et peut librement monter et descendre. Cette petite opération est plus longue à décrire qu'à faire. Il n'y a pas à s'égarer, rien à craindre, aucun accident n'ayant jamais lieu. Une légère écchymose se forme quelquefois autour de la piqûre, mais le malade est aussitôt délivré de ses souffrances. Reste alors à voir s'il y a une petite ulcération linéaire sur la muqueuse de l'ouverture anale; elle existe le plus souvent; on la cautérise avec la pierre infernale et elle guérit en peu de jours; sa presence, au reste, cesse d'être douloureuse dès que le muscle sphinctérique a été coupé. Souvent, aussi, l'ulcération manque et le mal consiste dans le simple spasme; tel était le cas du jeune homme dont nous venons de parler.

—On a dû voir dans les journaux de médecine, des réclames répétées d'un certain docteur qui s'appelle ***, et qui prétend avoir le premier proposé l'opération dont il s'agit. Ces réclames n'ont pas de fondement; M. Blandin s'en est plaint avec raison en présence des élèves, et ceux qui savent comment l'orthopédiste en question prétendait avoir redressé des bossus en leur coupant les muscles du dos, n'auront pas besoin de nouvelles preuves pour apprécier l'exactitude de ses assertions.

Hôpital Beaujon (M. ROBERT).

ABCÈS PAR CONGESTION. GUÉRISON. — Un homme, âgé de 25 à 30 ans, de bonne constitution, robuste, bien portant, est entré à l'hôpital pour un abcès par congestion, du volume de la tête d'enfant, à la partie interne supérieure de la cuisse droite. La peau de cette région n'était pas altérée, elle offrait de la résistance. La fluctuation était grande, le liquide refluait dans le bassin par dessous l'arcade crurale, et l'on a dû présumer, d'après le commémoratif, qu'il émanait des vertèbres lombaires. Il n'y avait pas cependant dans cette région ni douleur à la pression, ni déformation des apophyses épineuses; la sensibilité et la motilité des membres étaient conservées; le rectum et la vessie fonctionnaient normalement (nous avons oublié de noter l'état de la faculté érectile du pénis, cette faculté étant souvent éteinte ou exagérée dans la maladie vertébrale de

Pott). La tumeur faisait tous les jours des progrès, et il fallait prendre un parti sur l'opportunité de son ouverture. Nous avons rappelé à M. Robert la pratique que M. Lisfranc suivait depuis quelque temps à l'égard de ces abcès, et les bons résultats qu'il en avait obtenus, nous voulons parler de l'expectation jusqu'à l'ouverture spontanée. M. Robert a donc abandonné les choses à la nature, tout en surveillant le malade et en traitant la constitution par les amers. La tumeur a progressé toujours jusqu'à ce qu'enfin elle s'est crevée sur deux points à la fois à son centre, et il s'est écoulé un flot énorme de pus. Le lendemain, la poche purulente offrait déjà une odeur infecte, et faisait craindre une réaction fâcheuse. M. Robert a pratiqué dans cette poche une injection par l'ouverture principale avec une solution de nitrate de plomb. Cette solution, qui avait si bien réussi à enlever l'odeur dans d'autres cas analogues dont nont avons parlé (numéro de sept. dern., p. 225), a échoué complétement dans celui-ci. Le chirurgien a eu alors recours à une injection chlorurée (solution à 1/8 de chlorure de chaux), et l'odeur a été complétement enlevée à l'instant. On a répété par précaution la même injection le lendemain, en remplissant seulement le foyer extérieur (le liquide ne passait pas au delà, et l'on a agi avec précaution, sans pousser beaucoup le piston de la séringue, afin qu'il ne franchît point l'arcade crurale). L'injection n'a fait qu'entrer et sortir; peut-être, cependant, il en est resté quelque peu dans la poche purulente. Dès la seconde injection, toute fétidité a disparu sans retour, et, chose remarquable, le pus qui était d'abord très séreux et abondant, comme dans tous les abcès par congestion, est devenu de suite crémeux, comme phlegmoneux, inodore et de moins en moins abondant. Cette marche rétrograde de la suppuration a continué; les parois du foyer se sont affaissées, et l'on ne sent à la place de celui-ci qu'une masse mollasse, comme cotonneuse, évidemment formée de lymphe plastique, comme les kystes injectés par la teinture iodée et qui passent par divers états avant de s'oblitérer. En d'autres termes, le foyer purulent se trouve converti en une tumeur mollasse qui marche vers l'oblitération. Les deux ouvertures spontanées existent toujours; mais elles sont affaissées, comme valvulaires, et ne laissent échapper depuis quelque temps que de la sérosité limpide en si petite quantité, qu'elle mouille à peine la compresse du pansement. Ce malade est réellement guéri, du moins on peut le croire, puisque son foyer s'oblitère et ne laisse après lui que deux petites fistules insignifiantes. Un autre malade, couché dans la même salle et traité par la ponction sous-cutanée, telle que Boyer l'avait recommandée et que quelques personnes croient avoir inventée de nos jours, est loin d'aller aussi bien, l'ouverture s'étant fermée, puis rouverte spontanément. On n'a pas fait d'injection chlorurée. La suppuration est abondante, fétide et séreuse.

Il est vrai que dans l'abcès par congestion la maladie n'est pas dans la collection purulente, celle-ci n'étant qu'un phénomène secondaire d'un travail organique; cependant on ne peut disconvenir que le plus souvent les symptômes les plus graves qui entraînent ces malades au tombeau ne commencent qu'à dater de l'ouverture de l'abcès. Le foyer s'enflamme, la phlogose se propage dans tout le trajet, la suppuration prend un mauvais caractère et les patients succombent à l'instar de ceux dont une grande articulation, celle du genou, par exemple, a été ouverte et suppure. Ainsi, la phlogose réactionnelle du foyer paraît jouer ici un grand rôle, indépendamment de l'affection vertébrale qui pénètre parfois jusqu'à la moelle et entraîne des phénomnes d'un autre genre, mais non immédiatemont mortels lorsque le mal ne réside pas ou ne s'étend pas vers la région cervicale. L'on comprend déjà, et ceci a été formulé depuis longtemps par nos maîtres, qu'une mesure capable de prévenir la réaction inflammatoire du foyer serait une chose d'une grande importance dans l'espèce. On ne peut assurement donner ce titre à la ponction sous-cutanée, quelle qu'elle soit, l'expérience ayant surabondamment prouvé dans les hôpitaux que ce moyen était illusoire; nous en avons souvent cité des exemples, et nous faisons abstraction des histoires mensongères de quelques individus habitués à raconter des merveilles imposantes au public ignorant.

— Boyer et Dupuytren lui-même avaient fini par renoncer à la ponction sous-cutanée, et dans les dernières années de leur pratique, ces grands chirurgiens abandonnaient quelquefois à l'ouverture spontanée les abcès par congestion; mais ils n'ont pas été plus heureux. M. Lisfranc, après avoir suivi une route opposée (large ouverture du foyer et applications abondantes de sangsues), est revenu, dans ces derniers temps, au système de l'expectation et à l'ouverture spontanée; mais il a joint pendant cette expectation, avant et après l'ouverture, l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur, jusqu'au maximum de tolérance, et il a obtenu d'excellents résultats. Dernièrement, M. Lisfranc nous a fait voir à la Pitié quatre ou cinq cas d'abcès par congestion, dont deux étaient guéris exactement comme celui de M. Robert, les deux autres étaient encore en traitement et en très bon état. Chez les deux guéris, l'ouverture ne s'étant faite que le plus tardivement possible, la constitution était déjà saturée du remède iodo-potassique et la carie ou le travail de nécrose probablement arrêté; la suppuration a diminué petit à petit, et enfin elle s'est épuisée, le foyer externe s'est converti en un nœud semi-solide, et l'ouverture, restée fistuleuse, ne donnait qu'à peine un peu de sérosité. M. Lisfranc nous a affirmé avoir guéri aussi de la sorte une demoiselle en ville, appartenant à une famille haut placée. Dans le cas de M. Robert, on doit, sans aucun doute, attacher une grande importance aux injections chlorurées; elles méritent par conséquent de fixer sérieusement l'attention des praticiens. Certainement que ces faits peuvent être contestés, puisqu'on connaît des abcès par congestion dépendants de la fonte de masses de tubercules placés dans les gouttières vertébrales, et guéris par suite de l'épuisement de ces tubercules. On comprend, d'autre part, qu'une carie, une nécrose superficielle des vertèbres, puisse se borner, et le pus s'épuiser si les moyens de l'art suffisent pour prévenir la réaction dont nous venons de parler. Il serait pourtant bien extraordinaire que les trois cas de guérison (si toutefois guérison il y a) fussent de ceux excessivement rares qui dépendent d'une fonte de tubercules sans carie. — Qelle que soit, au reste, l'idée qu'on se forme de la valeur de ces faits, ils sont toujours dignes d'attention : ils semblent ouvrir une voie nouvelle à la pratique. Espérons que leur nombre se multipliera et que cette importante lacune de la thérapeutique chirurgicale sera bientôt comblée.

***

Hôpital Saint-Louis (M. Jobert).

Du fongus du col utérin.—Une série de malades se sont présentées dans ces derniers temps à Saint-Louis, affectées de fongus au col utérin, chez lesquelles nous avons pu bien étudier cette maladie et nous livrer à quelques généralités que nous allons soumettre à l'appréciation de nos lecteurs. Cette maladie a été indiquée, plutôt que décrite, par les auteurs, sous le nom générique de cancer. C'est sans doute une affection cancéreuse le plus souvent, mais les variétés sont si nombreuses que, sans une distinction très précise, il est impossible d'arriver à des données avantageuses pour le pronostic et le traitement.—Dans les cas que nous avons observés, les végétations fongueuses du col se sont présentées sous deux formes très distinctes. Dans l'une, le mal est constitué par des masses sarcomateuses implantées sur les deux lèvres, mais surtout sur la lèvre antérieure du museau de tanche, formant des groupes caronculaires myrtiformes, ou amorphes, sortes de choux-fleurs irréguliers à large base, à sommet branchu, de couleur de chair, et *sans tumeur basilaire maligne,* c'est-à-dire, sans dégénérescence squirrheuse ou encéphaloïde du col lui-même, ainsi qu'on peut s'en assurer aisément à l'aide du spéculum avant l'ablation du mal et surtout après. Cette variété de fongus peut-être appelée *bénigne* et paraît se rattacher à des restes de vieille syphilis. Elle offre une grande analogie avec les végétations sarcomateuses du vagin qui succèdent à certaines vaginites vénériennes dont nous venons de parler à l'occasion de la clinique de M. Velpeau, et l'on peut, à la rigueur, les considérer comme une exagération des granulations ordinaires du col dont on voit si souvent l'analogue aux paupières et à la caroncule lacrymale. Néanmoins, nous devons ajouter, qu'autant les granulations du col sont fréquentes, autant le fongus simple dont nous parlons est rare. Nous n'en avons vu, jusqu'à présent, que deux exemples. L'un chez une personne de petite taille, replète, âgée de quarante ans environ, et ayant, de son aveu, éprouvé plusieurs fois les inconvénients de ses complaisances sexuelles. Elle en portait, en effet, quelques stygmates appréciables sur l'appendice nasale. Dans ce cas, le fongus offrait le volume d'un demi-œuf de poule, il était scissuré à l'infini comme un chou-fleur, et présentait toutes les apparences d'une masse de franges caronculaires myrtiformes; il saignait au moindre attouchement, occasionnait des douleurs, des pertes abondantes en blanc et en rouge, un malaise général et un teint leucophlegmatique, qu'on attribue ordinairement à la présence du cancer. L'autre cas était sur une femme moins âgée, brune, grande, au visage assez frais, et n'offrant, d'ailleurs, aucune marque appréciable de syphilis. Les conditions locales de la maladie étaient à peu près pareilles à celles du cas précédent. L'affection datait de longtemps.

A la vue d'un pareil état de choses, M. Jobert a dû se poser la question de savoir quelle était la nature de ces végétations sarcomateuses. Il n'était pas possible de la résoudre *à priori*, attendu que le fongus empêchait de reconnaître l'état des tissus de la base. La fétidité repoussante de l'écoulement ne pouvait rien décider. Il a donc fallu suspendre le jugement, bien qu'à vrai dire, les apparences étaient toutes en faveur de la condition cancéreuse, telle était du moins l'impression que plusieurs personnes présentes à l'examen en avaient éprouvé. Quoi qu'il en soit, l'indication à remplir était précise, quelle que fût d'ailleurs la nature du mal: arrêter l'écoulement sanieux et hémorrhagique qui épuisait les forces de l'organisme. M. Jobert a donc commencé par éteindre les boutons de feu sur cette masse végétante, avec les précautions que nous avons déjà plusieurs fois fait connaître. Huit jours après, l'écoulement se trouvait déjà grandement diminué, et les excroissances étaient moins exubérantes. On a répété le même moyen de huit jours en huit jours; on a tenu la malade au repos, fait prendre quelques injections émollientes ou détersives, des bains de siége de temps en temps, un régime alimentaire proportionné à l'état des forces de l'estomac, et au bout de deux mois et demi à trois mois, la végétation fongueuse était déjà flétrie jusqu'au museau de tanche. Restait alors un écoulement purulent provenant de l'intérieur du col, ainsi que le spéculum le démontrait manifestement. Cette dernière condition indiquait la présence d'une phlogose suppurante soit du col, soit du corps de l'organe. On s'est facilement assuré que la maladie n'existait pas dans le corps; car le palpement hypogastrique et le toucher rectal ne dénonçaient aucun gonflement dans cette partie. Par voie d'exclusion, on est donc parvenu à circonscrire au col la métrite suppurante. Il y avait cependant un dernier point à éclaircir, c'était de savoir s'il n'y aurait pas une ulcération cachée dans le goulot utérin. Deux procédés sont pour cela mis en usage par M. Jobert dans ces occurrences : le premier consiste à ouvrir le museau de tanche à l'aide du bord d'un spéculum cylindrique en ivoire; ce bord comprime et soulève la lèvre supérieure de l'ouverture utérine, ou bien on laisse engager fortement le col dans le cylindre, et à l'aide d'un pinceau de charpie, on essuie fortement l'ouverture du col : s'il y a une ulcération, on entraîne un peu de sang avec le pus. L'autre procédé consiste à comprimer avec le doigt la paroi postérieure du col de bas en haut : s'il y a une ulcération cachée, cette espèce de toucher produit de la douleur. Au reste, dans l'un comme dans l'autre cas, l'écoulement purulent du col n'est attaqué par M. Jobert que par le fer rouge porté dans l'ouverture même de l'organe. C'est ce qu'il a fait chez les deux femmes dont nous venons de parler, et la guerison a fini par être complète. Ce mode de traitement, au reste, est constant à l'hôpital Saint-Louis, dans tous les cas de suppuration de l'intérieur du col, avec ou sans ulcération. Il importe néanmoins d'ajouter que toujours, dans ces cas, le museau de tanche est gonflé, ramolli, ulcéré ou fongueux, et le fer rouge n'est appliqué que sur ces altérations. On dissipe ainsi la condition fondamentale de la phlogose du col et l'écoulement s'épuise.

Dans le fongus cancéreux, qui est beaucoup plus fréquent, la maladie s'offre avec d'autres caractères. Il y a une tumeur manifeste, solide, squirrheuse ou encéphaloïde, laquelle est ulcérée à sa surface. Cette ulcération est creuse, infundibulaire, saignante. Les fongosités naissent de cette surface; elles ne sont pas aussi exubérantes, aussi abondantes que dans le cas précédent. L'inspection trompe difficilement, à cause de la présence de la tumeur basilaire. Les douleurs ne sont pas toujours très prononcées. Quant

à l'écoulement, il offre à peu près les mêmes caractères que dans le fongus simple, seulement les pertes sont peut-être plus fréquentes, plus abondantes et plus opiniâtres en cas de cancer. Le teint leucophlegmatique qu'on appelle diathésique n'existe que dans une période avancée. Nous voyons souvent à Saint-Louis des femmes, jeunes encore, dont le facies ne fait rien soupçonner, et pourtant le spéculum dévoile un champignon cancéreux horrible sur le col. Nous avons déjà fait la remarque que c'était sur de jeunes femmes brunes qu'une pareille altération s'était présentée le plus souvent à notre observation. Nous le répétons, le facies n'exprime rien chez ces sujets, malgré l'état avancé de leur mal local. Il en est autrement sur des femmes âgées, de constitution lymphatique : chez elles, le teint cire-jaune fait lire, pour ainsi dire, à distance la maladie utérine sur leur visage. Il y a, en d'autres termes, tous les symptômes de la chlorose cancéreuse, moins à cause des pertes sanguines que par l'état maladif de tout le système artériel ; et la preuve, c'est que, chez les sujets atteints de cancer au sein ou dans d'autres parties où il ne s'opère pas de pertes sanguines, les mêmes phénomènes généraux ont lieu. On dirait que chez les jeunes femmes brunes dont nous venons de parler l'organisme résiste plus longtemps à la manifestation des phénomènes généraux. Une circonstance importante à noter dans la teinte dermique des cancéreux déjà avancés, c'est que la nuance cire-jaunâtre, glaucomateuse, ou tout à fait paille flétrie, est uniquement bornée à la peau, la muqueuse oculaire n'y participant pas, circonstance qui, jointe à l'état incolore des urines, suffira à distinguer cette teinte de la coloration véritablement ictérique. Nous étudierons plus particulièrement ce sujet à propos de la teinte chlorotique, et nous en ferons connaître la véritable raison anatomique.

Plusieurs femmes jeunes, ou âgées, qui se trouvaient dans ces déplorables conditions, ont été notablement soulagées à Saint-Louis par l'usage du fer incandescent comme remède palliatif. On arrête en effet par là les pertes si redoutables et si graves, surtout lorsqu'elles se sont souvent répétées; on permet aux malades de prendre un peu de force, de dormir, de manger, et leur santé s'améliore réellement si l'on persiste dans l'emploi du remède. Quelquefois même leur guérison a tout à fait lieu, si le mal est très circonscrit, et peut être complétement détruit. Ces résultats pourraient même être durables si l'on joignait un traitement interne convenable. — Malheureusement, on s'est persuadé que la diathèse dite cancéreuse est incurable : dès lors, on ne fait presque rien, ou même moins que rien ; car les opiacés qu'on prodigue à pleines mains aux cancéreux sont essentiellement nuisibles, et ne calment aucunement les douleurs d'ailleurs. C'est comme si on les enivrait avec du vin pour les endormir ; car l'action véritable de l'opium est analogue à celle des alcooliques. Si les chirurgiens, opérateurs habiles, qui font briller si fièrement le fer et le feu aux yeux du praticien plébéien, qui étonnent même la multitude en tranchant avec fermeté d'un seul trait ce qu'un autre divisera modestement et moins nettement en trois ou quatre coups, ou même en se passant de bistouri; si, disons-nous, ces savants qui dédaignent comme au dessous de leur génie l'étude des maladies internes et surtout de l'action des remèdes, voulaient bien descendre dans l'étude dynamique des affections cancéreuses et suivre le mal dans ses phénomènes réactionnels généraux, ils verraient que, grâce aux lumières de la physiologie pathologique moderne, qu'on appelle l'état diathèse cancéreuse n'est pas une *humeur peccante*, comme on se l'imagine, et que la condition dynamico-organique qui la constitue offre des indications très précises qu'on peut avantageusement remplir, non avec la prescription banale de l'opium, mais bien par un plan de traitement rationnel que nous avons déjà exposé dans ce journal (t. I, p, 443), et dont on peut voir les données principales dans l'article Chlorose de ce numéro.

BULLETIN OPHTHALMOLOGIQUE

—

PUPILLE ARTIFICIELLE (M. ROBERT). Un homme, âgé d'une quarantaine d'années, d'une constitution assez cacochyme, avait perdu la vue des deux côtés, par suite d'iritis répétées qui avaient oblitéré les pupilles sans altérer les deux chambres antérieures. Les yeux étaient très saillants, les iris jaunâtres et dévernis par le travail inflammatoire, mais exempts de phlogose. Les rétines étaient saines, puisque le patient distinguait la lumière des ténèbres. L'examen attentif ne nous a fait découvrir autre chose qu'une oblitération des deux pupilles par une membrane opaque grisâtre, adhérente au bord pupillaire postérieure. La chambre postérieure était par conséquent supprimée. Il nous a semblé que cette opacité tenait à la capsule antérieure du cristallin devenue adhérente à l'iris, ainsi que cela se voit si souvent après les iritis intenses. M. Robert, cependant, se basant sur un cas analogue qu'il a opéré avec succès, il y a plusieurs années, a pensé que cette opacité tenait à une fausse membrane organisée dans la pupille. Dans le cas précédent, M. Robert avait ouvert la cornée, saisi la fausse membrane avec une pince et nettoyé la pupille sans toucher à la cristalloïde qui s'est trouvée transparente au-dessous, et la vision s'est parfaitement rétablie. Dans le cas actuel, il a opéré jusqu'à présent d'un côté de la même manière; l'opacité a offert une grande résistance, comme cartilagineuse, elle a été arrachée en partie, et heureusement l'ouverture pupillaire a été légèrement déchirée à son bord externe. Le reste de l'opacité est demeuré fixe. Le cristallin s'est fondu petit à petit et a passé dans la chambre antérieure à travers la petite déchirure de la pupille où il a été résorbé. Aujourd'hui, plusieurs semaines après l'opération, en voit sur le point déchiré de l'iris, un petit point noir, de la largeur de la pointe d'une grosse épingle, et qui répond à peu près dans l'axe de l'œil; le malade y voit; mais cette ouverture si petite se maintiendra-t-elle? Il reste cependant toujours la condition d'une seconde opération au besoin, en divisant avec des ciseaux la petite membrane obturatrice de la pupille naturelle. L'autre œil s'offre, d'ailleurs, dans le même état, facile à opérer. M. Robert n'a fait à la cornée qu'une petite ouverture avec l'aiguille lancéolée de Beer, ce qui doit donner peu d'aise dans la manœuvre. Dans les cas si simples comme celui-ci, nous préférons ouvrir la chambre antérieure comme dans l'extraction, puis fendre verticalement l'iris et la fausse membrane à la fois d'un coup de ciseaux. Les deux moitiés se rétractent comme deux battants d'une porte, et laissent une fente permanente dans le milieu. Le cristallin s'absorbe ordinairement. On pratique ainsi une sorte de coloboma de l'iris. Ce mode opératoire compte déjà des succès.

FISTULE TUBERCULEUSE DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE. *Autopsie, par M. Bonnet.*—Une jeune fille de 13 ans, entra, il y a un an, à l'hôpital des Enfants, pour y être traitée d'une conjonctivite aigue très intense. A la suite d'une ophthalmie antérieure, elle avait conservé une opacité presque complète de la cornée de l'œil droit dont la vue était presque complètement abolie; en outre, la malade

portait à la paupière supérieure du même côté, une ouverture fistuleuse à bords déprimés et adhérents, par laquelle du pus séreux suintait continuellement et collait le bord libre des paupières correspondantes ordinairement closes. On diagnostiqua une altération de l'os frontal. Il y a quelque temps, cette jeune fille fut prise d'erysipèle qui s'accompagna, vers le troisième jour, de symptômes cérébraux tels que coma profond et persistant, diminution de la sensibilité et de la mobilité dans le membre inférieur gauche; mêmes symptômes de paralysie, mais moins prononcés dans le droit. Elle mourut le quatrième jour. L'érysipèle ayant paru être de cause interne, on l'avait traité dès le début par un purgatif et un vomitif.

A l'autopsie, on trouva une masse tuberculeuse du volume d'une amande, développée entre les os du crâne et la dure-mère, dans le voisinage du nerf optique droit qu'elle comprimait. On peut encore reconnaître facilement, sur la pièce, que le névrilème de ce nerf est parfaitement sain. Une portion de la matière tuberculeuse s'étant ramollie, il s'est formé un foyer qui communique à l'extérieur par un trajet fistuleux intéressant la portion orbitaire de l'os frontal et la paupière supérieure. Dans cette fistule on trouva une portion d'os nécrosé, complétement détachée. Au dessous de la masse tuberculeuse que nous venons de décrire, on trouve, entre la dure-mère et le cerveau, un abcès enkysté gros comme une noisette; il est implanté sur la face cérébrale de la dure-mère qui est considérablement épaissie et d'une couleur jaunâtre au voisinage du foyer tuberculeux; mais sa cavité ne communique pas avec celle de ce dernier. Sur la membrane muqueuse du sinus maxillaire du côté gauche, on observe une ulcération qui ressemble tout à fait aux ulcérations tuberculeuses. Il n'y avait pas de tubercules dans le mésentère, ni dans les poumons; mais il y en avait dans les ganglions bronchiques qui étaient d'un gros volume. On a trouvé toutes les altérations qui caractérisent une coxalgie avec un léger degré de luxation. Du côté du tube digestif on n'a observé qu'un peu d'injection de la muqueuse de l'estomac et une accumulation de matière bilieuse dans ce viscère. (Bull. de la Soc. anat.)

TOXICOLOGIE.

Empoisonnement par l'acide sulfurique.— M. Bigot, interne des hôpitaux, a présenté à la Société anatomique de Paris un tube digestif d'un homme qui s'est empoisonné en buvant de l'acide sulfurique. Cet homme était opticien, âgé de 47 ans, et d'une constitution robuste. Transporté à l'Hôtel-Dieu, deux heures après l'évènement, on le trouva dans l'état suivant: face pâle, décomposée, yeux à demi fermés, résolution complète des forces, refroidissement et aspect violacé des extrémités. Le malade dit qu'il a bu du vitriol; cependant, les lèvres et la bouche ne présentent aucune trace de cautérisation, aucune coloration particulière. On fait prendre de l'émétique et de l'eau tiède en grande abondance, on titille la luette pour produire des vomissements; mais malgré tous les soins qu'on put lui donner, le malade mourut bientôt après avoir présenté tous les symptômes de l'asphyxie.— A l'autopsie on reconnaît très facilement la présence de l'acide sulfurique dans l'estomac. Nous avons dit que la cavité buccale n'offrait aucune lésion; il en est de même du pharynx. L'œsophage, à sa partie supérieure, offre, pour toute altération, un léger endurcissement de la muqueuse; les traces de cautérisation ne commencent à être vraiment distinctes qu'à la partie moyenne de ce conduit. La membrane muqueuse de l'estomac est ramollie, réduite à l'état pultacé, détruite même dans beaucoup de points; sous elle on trouve de petites masses noirâtres qui sont évidemment des caillots sanguins charbonnés. Les follicules muqueux sont très développés et très apparents vers le pylore et vers le cardia. Mais les recherches les plus minutieuses ne font pas découvrir de perforation. Dans le duodénum, on observe une légère cautérisation qui intéresse seulement le bord libre des valvules sygmoïdes. Les poumons étaient engoués, et les bronches renfermaient une écume abondante (Bull. de la Soc. anat.).

— M. Bigot n'a pas dit si le malade avait déjà vomi avant qu'on lui administrât l'émétique et les boissons aqueuses, ni combien de temps il a vécu après cette administration et combien d'heures après la mort l'autopsie a été faite. Ceci était important pour les réflexions que cette observation suggère. Les symptômes, au reste, dénotent une hyposthénie des plus franches, laquelle a, comme le fait très bien remarquer M. Bigot, marché progressivement jusqu'à l'asphyxie. Evidemment, d'ailleurs, les altérations locales ne sont que peu de chose comparativement à la rapidité de la mort, si même elles ne sont pas consécutives à la mort, et l'on doit chercher dans l'absorption du poison la source véritable des phénomènes toxiques. Voici quelles sont les règles de traitement qu'on suit dans les hôpitaux d'Italie, dans les cas de ce genre. Si le malade n'a pas vomi naturellement, on se garde bien d'administrer du tartre stibié, ce moyen aggravant l'hyposthénie déjà existante. On se garde encore de faire boire de l'eau, ce liquide délayant le poison et en facilitant l'absorption. Si les titillations de la luette avec la barbe d'une plume sont insuffisantes pour faire vomir, on administre de l'huile d'olives chaudes avec un peu d'ipécacuanha. Au besoin on met celle-ci dans du vin. Aussitôt après on fait prendre, par des doses abondantes et rapprochées, de la bonne eau-de-vie, du rhum, de l'eau de canelle. On donne des lavements avec du vin et du laudanum. On frictionne le corps avec des linges chauds, et on l'entoure de bouteilles remplies d'eau chaude.— La magnésie, les alcalis et d'autres moyens analogues recommandés en France dans les cas de ce genre, sont basés sur de faux principes, et parfaitement inutiles, sinon toujours nuisibles, par la raison que le mal est dans les effets du poison déjà absorbé, non dans celui qui est resté dans l'estomac et qu'on doit chasser au plutôt par le vomissement. Que de victimes immolées à ce déplorable système des neutralisants chimiques que l'ignorance prône encore de nos jours!

Cas analogue au précédent.— M. Bodinier a mis sous les yeux de la Société anatomique, les pièces d'un cas analogue au précédent. Il s'agit d'un homme âgé de 30 ans, d'une constitution robuste, qui a été transporté à l'hôpital Saint-Louis, quatre ou cinq jours après l'ingestion du poison. A son entrée, il était sans connaissance et vomissait des matières noires. On remarqua une cautérisation peu étendue et superficielle sur la lèvre inférieure. Des symptômes de péritonite sur aigue s'étant déclarés promptement, le malade mourut après 12 heures seulement de séjour à l'hôpital. A l'autopsie, on constate les altérations suivantes: dans la bouche l'épithélium est blanc, opaque, et s'enlève facilement par lambeaux d'une étendue assez considérable. Dans l'œsophage, la membrane muqueuse endurcie, raccourcie, forme des plis

rugueux et commence à se colorer en noir vers la partie inférieure de ce conduit. La membrane muqueuse de l'estomac présente des lésions analogues ; seulement, la couleur noire, plus prononcée au niveau des replis de cette tunique, s'étend à toute leur épaisseur, c'est-à-dire à la profondeur de 5 à 6 millimètres. De plus, on observe une large perforation, dans le grand cul-de-sac de ce viscère. Dans une étendue de deux mètres environ, les valvules semilunaires de l'intestin grêle sont comme parcheminées, et dans les points correspondants, les vaisseaux sont très apparents, sans doute à cause de la coagulation du sang. Dans la partie inférieure du tube digestif, ces altérations sont de moins en moins caractérisées. La cavité péritonéale renferme un liquide qui ressemble tout à fait à du pus. M. Depaul a fait observer que le pus ne se forme pas en 18 heures, et il doute que le liquide observé par M. Bodinier, dans le péritoine, soit réellement du pus (*Ibid.*).— Dans ce cas, le mal était moins intense que dans le précédent ; les lésions sont plus prononcées, parce que la vie a duré plus longtemps ; la plupart de ces lésions sont consécutives à la mort. Ces différences, nous les avons constamment observées dans nos expériences sur les animaux.

TRANSACTIONS ACADÉMIQUES.

Hydrarthrose scapulo-humerale *traitée par l'injection iodée. Note et observation pour servir à la pathologie et à la thérapeutique de cette affection.* — Tel est le titre d'un Mémoire que M. Jules Roux, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine navale de Toulon, a lu à l'Académie royale de médecine le 30 sept. dernier. L'auteur présente son travail comme digne de quelque intérêt pour l'histoire de l'hydrarthrose en général, et scapulo-humérale en particulier. Les ouvrages de pathologie générale et les mémoires spéciaux sur les maladies de l'épaule ou de la hanche ne disent rien, ou ne font que citer les hydropisies des grandes articulations énarthrodiales : elles ont été imparfaitement observées, parce qu'elles sont rares, ce qui fait que les auteurs prenant toujours pour type de leurs descriptions celle du genou, n'ont pas mentionné les caractères généraux propres aux hydarthroses des articulations orbiculaires. Ces caractères sont, l'allongement des expansions extra-articulaires que la synoviale envoie aux tendons de certains muscles ; la distension des muscles qui recouvrent l'articulation malade ; leur flaccidité après l'évacuation du liquide épanché, et, dans les deux cas, leur action sur les leviers osseux, partant sur la situation que prennent les membres, et enfin l'inaptitude de ces mêmes muscles à se contracter d'une manière régulière et complète. Comparant l'hydropisie articulaire à l'hydropisie ascite, M. Jules Roux fait ressortir l'importance de l'altération consécutive des muscles qui entourent les articulations affectées d'hydrarthroses soit dans leur état de distension par le liquide, soit dans leur état de relâchement subit quand celui-ci a été évacué par l'art. Cette analogie pourrait encore être suivie dans l'état des toiles fibreuses, du tissu cellulaire de la peau, même dans la formation des hernies de la séreuse et du déplacement des corps accidentellement contenus dans les cavités séreuses elles-mêmes.

Les muscles distendus par le liquide épanché réagissent sur lui et déterminent ou aident la distension des expansion séreuses et extra-orbiculaires qui sont les points les moins résistants des articulations : de là l'augmentation de la tumeur qui, à l'épaule, peut s'étendre dans la fosse sous-épineuse, dans l'aisselle, à la partie moyenne du bras par la dilatation des expansions extra-capsulaires que la synoviale envoie aux tendons des muscles sous-épineux, sous-scapulaire, à la longue portion du biceps brachial. De là la situation et la direction de la tumeur dans l'hydrarthrose coxo-fémorale, où, par suite de la résistance qu'oppose à la distension la fibreuse articulaire, celle-ci porte surtout sur l'expansion que la séreuse envoie au tendon du muscle psoas-iliaque, qui répond en haut et en dedans de l'articulation. La distension des muscles par le liquide fait qu'ils ont une certaine influence sur la direction que prennent les membres dans les hydropisies articulaires, et cela par un mécanisme différent. Dans le principe, le muscle agit activement sur le levier osseux qu'il entraîne dans telle ou telle direction, et plus tard, quand son ressort a été vaincu par la distension, son action n'est plus que secondaire, puisqu'elle s'exerce consécutivement à celle du liquide lui-même. Enfin l'état des muscles dans les hydrarthroses des articulations énarthrodiales surtout, détermine l'altération des mouvements normaux, leur affaiblissement, leur impossibilité même par suite des modifications imprimées aux divers faisceaux musculaires distendus ou relâchés, sorte de paralysie propre du muscle lui-même, sans que les nerfs y prennent trop de part. — D'après ces indications qu'il appuie sur des faits tirés de sa pratique et d'autres qui appartiennent à celle de divers chirurgiens, M. Jules Roux croit devoir établir : 1° que, dans les hydrarthroses orbiculaires, le liquide distend non seulement la synoviale articulaire, mais encore les expansions extra-capsulaires qu'elle envoie aux tendons des muscles ; 2° que dans l'hydrarthrose coxo-fémorale, c'est en haut et en dedans de l'articulation et à l'extérieur de celle-ci que la fluctuation doit surtout être sensible ; 3° que les expansions synoviales extra-articulaires peuvent seulement être affectées d'hydropisie ; 4° que dans les hydarthroses orbiculaires surtout, les muscles éprouvent des altérations d'où peuvent dépendre en partie l'allongement des prolongements séreux extra-articulaires, la situation que prennent les muscles, la difficulté et l'impossibilité des mouvements.

Après ces considérations sur la pathologie, M. Jules Roux passe à la thérapeutique de l'hydrarthrose. Les méthodes anciennes de traitement, telles que antiphlogistiques, purgatifs, sudorifiques, les bains, les douches, les résolutifs, les toniques, les vésicatoires, les cautères, les diverses cautérisations, la compression, etc., lui paraissent propres à guérir les hydrarthroses récentes, ou qui n'ont que quelques mois d'existence. Les larges vésicatoires, comme les conseille M. Velpeau, lui semblent devoir mériter la préférence dans les hydropisies articulaires qui ne sont point encore trop anciennes. L'hydrarthrose chronique résistant souvent à ces moyens, l'art a dû faire de nouveaux efforts. « Longtemps les chirurgiens ont été arrêtés dans les recherches entreprises dans cette direction, par la crainte du danger qui s'attache aux opérations directes pratiquées sur les articulations, et par l'enseignement des auteurs qui font un précepte de ne pas attaquer par les moyens chirurgicaux les épanchements articulaires liés à une diathèse. »

La méthode sous-cutanée ayant écarté des incisions des articulations la suppuration qui en fait tout le danger, et la pratique, d'accord avec le raisonnement, ayant conduit à faire tenter la cure des hydrarthroses liées à une affection rhumatismale ou autre, les médecins et les chirurgiens sont entrés dans des voies nouvelles. L'auteur examine successivement les effets de l'émétique vanté par M. Gimelle, la ponction sous-cutanée et les scarifications des surfaces séreuses indiquées par d'autres ; la ponction aidée de la compression, par M. Goyrand ; le séton rajeuni, par M. Mueller ; enfin les injections telles que les ont pratiquées MM. Jobert, Velpeau, Bonnet, de Lyon ; tous ces moyens peuvent être utiles sans doute, mais l'expérience n'a point encore définitivement prononcé sur leur prééminence respective. L'auteur semble pencher en faveur de la ponction sous-cutanée suivie de la compression ou de l'injection iodée, c'est du moins ce que fait pressentir la préférence qu'il a donnée à ces méthodes dans les opérations qu'il a pratiquées. L'observation suivante termine cet important travail.

Cette observation a trait à un cultivateur des environs de Toulon qui, sujet à des rhumatismes, a été atteint d'une hydrarthrose scapulo-humérale très volumineuse qui avait résisté à tous les traitements. M. J. Roux ayant reconnu que la maladie affectait non seulement la séreuse articulaire, mais encore les trois expansions extra-articulaires qu'elle envoie aux tendons de la longue portion du biceps brachial, du sous-épineux et du sous-scapulaire, fit, en présence de MM. Aubert et Levilaire, premier et second médecins en chef de la marine, une ponction sous-cutanée dans la fosse sous-épineuse gauche, retira 500 grammes de synovie et exerça une compression exacte durant quinze jours. Cette opération si simple ne produisit aucun accident, mais resta sans résultats heureux ; car l'hydrarthrose se reproduisit aussi volumineuse qu'avant. Alors M. Jules Roux pratiqua une seconde ponction sous-cutanée, évacua le liquide articulaire et injecta de l'eau iodée dans les proportions indiquées par M. Velpeau. Il y eut pendant trente-six heures de vives douleurs dans l'articulation malade, de l'insomnie, de l'agitation, de la fièvre. Des cataplasmes émollients calment cet état. Mais les jours suivants une inflammation phlegmoneuse se développe dans la fosse sous-épineuse, dans le creux axillaire et au dessus du tendon du muscle deltoïde. Trois incisions donnent issue à un fluide séreux mêlé de pus, de sang et de flocons albumineux. Après un mois, ces plaies se cicatrisèrent ; mais bientôt une nouvelle inflammation survint dans les mêmes points et nécessita encore trois incisions qui apportèrent toujours du soulagement au malade. Enfin, des sangsues et ensuite un vésicatoire furent appliqués sur le moignon de l'épaule. L'auteur fait remarquer que probablement l'inflammation suppurative n'a jamais atteint la séreuse articulaire, qu'elle est restée circonconscrite dans ses trois expansions extra-capsulaires, qu'un fluide plastique avait séparé l'articulation de ses prolongements ; d'ailleurs, le malade a fini par guérir, non seulement sans ankylose, mais en conservant preque tous les mouvements du bras.—On se demandera, à l'occasion de ce fait remarquable, pourquoi l'hydropisie de articulations orbiculaires est si rare, tandis que celle des articulations arthrodiales est si fréquente au contraire. Il n'est pas facile de répondre d'une manière satisfaisante à cette question, dans l'état actuel des connaissances.

FAITS CRITIQUES.

Des congrès médicaux en Angleterre. — Depuis quatre à cinq ans les médecins de la Grande-Bretagne s'assemblent sans cesse, se concertent, se haranguent dans des *meeting* et posent des conclusions qu'ils soumettent au pouvoir, pour obtenir ce qu'ils appellent la *réforme médicale*, c'est-à-dire des lois mieux formulées que par le passé sur l'exercise de la profession. Les journaux qui nous arrivent d'outre-mer sont, surtout depuis trois ans, surchargés des comptes-rendus de ces congrès, et l'émotion de nos confrères y est tellement animée qu'elle vient de franchir la Manche et de gagner le continent. Il est même probable que ces sortes de réunions feront le tour du monde. A ce point de vue général, nous devons donc quelque compte à nos lecteurs.—Disons d'abord que chez nos voisins, les pétitions soumises au pouvoir, n'ont abouti qu'à des désappointements ; les *bills* qu'on leur a donnés, ou qu'on leur promet, ne répondant guère à leurs espérances ; aussi, leurs journaux sont-ils aujourd'hui remplis de plaintes. En Angleterre, le pouvoir n'a pas, à ce qu'il paraît, un conseil officiel spécial pour les règlements relatifs à la médecine et à la pharmacie. Le ministre consulte des particuliers ; aussi, peut-il être facilement égaré par des conseils ignorants ou intéressés. Il en est autrement en France, où l'Académie royale de médecine et l'Académie des sciences constituent des corps officiels, entretenus aux frais du gouvernement et qu'il consulte toujours dans les questions de ce genre. En conséquence, quand des médecins ou pharmaciens soumettent des pétitions aux ministres de l'Instruction publique ou du Commerce, ces mémoires sont de droit renvoyés à l'une ou l'autre Académie.—Voici, au reste, comment on a procédé, en Angleterre, dans l'organisation et la direction de ces congrès. Un appel général a été fait par la presse. Chaque ville principale, chaque district de premier ordre a eu ses *meeting* répétés. On se réunissait dans des tavernes, d'après les usages anglais, on y dînait, puis commençaient les lectures, les discours et les discussions. On arrivait enfin à formuler des conclusions qu'on adressait au pouvoir sous forme de pétition. On comprend que les besoins de chaque localité ne doivent pas être les mêmes, et ceux-là seuls qui y résident et exercent pouvaient les bien connaître et exprimer. De toutes ces pétitions, l'autorité, ou un comité central à Londres, devait retirer l'essence générale et déduire les mesures qui devaient répondre aux vœux de la majorité des médecins des pharmaciens et des vétérinaires des trois royaumes et aux intérêts du public. Il est regrettable que ces espérances n'aient pas été réalisées, mais on comprend que cette marche était la seule vraie, la seule propre à réunir l'expression générale des *desiderata*, sans déranger les praticiens de leurs occupations, sans les déplacer de leurs localités, sans les entraîner, en un mot, à des dépenses sérieuses de temps et d'argent.

Ailleurs, sans calculer peut-être suffisamment les conséquenses d'un système de centralisation d'un personnel immense (1), on a dit aux praticiens : *Venez, venez, venez vite à la Capitale, nous allons vous rendre heureux, vous combler de prospérité, de dignité et de bonheur, au prix d'une misérable cotisation de quelques schillings ?* Pourquoi faire ? Que peuvent-ils donc dire, ces praticiens détournés de leurs occupations et attirés à la capitale, au milieu d'un cahos où tout est étranger pour eux ? Et

(1) Le nombre des médecins, des pharmaciens et des vétérinaires en France, s'élève à plus de 40,000.

d'ailleurs, est-ce qu'un pareil concours pourrait jamais représenter l'expression générale de chaque localité, comme cela a pu être fait en Angleterre, par des mémoires spéciaux venant des districts et des villes principales, ainsi que nous venons de le dire? C'était donc en province qu'il fallait organiser les congrès et pas à la métropole. Qu'est-ce, d'ailleurs, un comité central qui n'a aucun caractère officiel, aucune connection directe avec le pouvoir? Il se trouvera donc vis-à-vis les praticiens au même rang que le corps ecclésiastique, par rapport à nos âmes, et qui allume des cierges, prie Dieu avec ferveur, et se donne la louable mission de se faire mieux entendre pour notre salut! *Amen!..*

Terminons cet article en exprimant le vœu que des lois à peu près uniformes soient adoptées dans tous les pays sur l'exercise d'un art dont les principes sont ou doivent être les mêmes partout, un médecin se devant par son ministère à la conservation de l'homme, quel qu'il soit. Aussi, à lui seul appartient, avant tout, le titre de cosmopolite. Qu'est-ce, effectivement, les droits limitrophes en matière d'une science humanitaire? Il existe en Angleterre comme en France et en Italie des universités où les études des médecins sont des plus élevées et des plus fortes. Un grand nombre de médecins français exercent dans les états de la Grande-Bretagne et de la Péninsule italienne, comme d'autres de ces pays exercent en France, en se soumettant, bien entendu, aux exigences de certaines lois. Leur position respective se règle naturellement d'après leur degré d'intelligence et d'instruction. Ils rendent surtout service au pauvre et à leurs compatriotes dont ils connaissent plus particulièrement les habitudes, et ils apportent, par leur travail assidu, leur tribu d'honneur à la science; ils importent surtout les travaux spéciaux de leur patrie, et établissent par là des liens scientifiques internationaux dont les esprits élevés, seuls, savent apprécier l'importance. Il serait vivement à désirer, nous le répétons, que des lois identiques internationales fussent adoptées à cet égard. Les progrès des sciences et des arts rendent, dans l'état actuel de la civilisation, ces échanges d'intelligences et de connaissances d'une utilité réciproque très grande, et que des lois libérales savent protéger dans l'intérêt général. Des célébrités médicales françaises ont trouvé en diverses époques sympathie et protection en pays étrangers, qu'elles ont honorés de leurs lumières; comme Galien honora Rome, comme de nos jours encore les Volta, les Bertholetto (Bertolet), les Sismondi, les Gall, etc., ont honoré, par leurs travaux immortels, la science de Rome moderne.—Des questions spéciales se présenteront naturellement à notre examen, à l'occasion des projets de réorganisation sur l'exercise de la médecine et de la pharmacie.

Les prêtres-médecins. — Monsieur et honoré confrère. Dans le traité de l'*Administration temporelle* des paroisses, 4e édit., p. 479, par M. Affre, aujourd'hui archevêque de Paris, il est dit, en parlant des curés : « Ils peuvent donner gratuitement des soins et des conseils à leurs paroissiens malades (et non à d'autres), sans craindre d'être poursuivis par ceux qui exercent l'art de guérir » (Avis du conseil d'Etat du 30 décembre 1810 (pour le 30 septembre 1805). Il faut que vous sachiez qu'en vertu de cet avis du conseil d'Etat, il y a des ecclésiastiques qui prétendent avoir le droit d'exercer la médecine, pourvu qu'ils n'exigent ni *salaire*, ni qu'ils signent d'*ordonnances*. C'est après avoir assez longtemps souffert des prétentions d'un ecclésiastique, qui en était venu jusqu'à ouvrir des consultations chez lui, à des heures fixes, que j'écrivis à M. le professeur Adelon our lui demander quelle était l'extension et l'interprétation que le conseil d'Etat avait entendu donner aux mot. *soins* et *conseils*. Il me répondit par la lettre que je vous envoie, et dans laquelle il me dit que l'interprétation de ces mots appartient aux tribunaux. Comme les questions qui touchent à l'exercice de la médecine doivent être bientôt débattues devant les chambres législatives, et que, sans aucun doute, vous ne manquerez pas de prendre part par la presse aux discussions qui intéressent à un si haut point le sort des médecins, je me permets de vous signaler un avis du conseil d'Etat, dont vous n'avez peut-être pas connaissance, en vertu duquel certains ecclésiastiques se permettent, dans les campagnes, les plus graves abus. Vous sentez bien, mon cher confrère, qu'il est très facile d'exercer la médecine sans signer même d'ordonnances : prenez une bouteille d'eau de Sedlitz, — un gramme et demi d'ipécacuanha, — une once d'huile de ricin, — surtout ne vous laissez jamais saigner, *fussiez-vous à l'article de la mort*, etc. Il n'est pas besoin d'avoir une ordonnance en main pour se présenter chez un pharmacien et obtenir à peu près ce qu'on veut! C'est bien assez pour nous, de voir journellement, sous nos yeux, la crédulité publique exploitée avec la dernière effronterie par les charlatans ambulants qui nous calomnient publiquement; par des *rebouteurs* qui viennent donner des consultations à notre porte les jours du marché, sans parler des *dormeuses*, etc. Dans l'intérêt même de la dignité des ecclésiastiques, il serait convenable que nul ne pût donner des soins médicaux, ou se permettre de faire suivre des conseils thérapeutiques, s'il n'est muni d'un diplôme de capacité. — Agréez, etc. Despaux, D. M. P.

Croucy sur Ourcq, le 19 octobre 1845.

La toxicologie anglaise. — En Angleterre, les médecins ne suivent généralement d'autre guide dans les cas d'empoisonnement, si fréquents dans leur pays, que l'ouvrage de M. Christison, ouvrage justement estimé et par la précision des principes, et par l'abondance des matériaux et de l'érudition qu'il renferme. Son auteur n'est pas seulement un homme laborieux, un savant distingué et consciencieux, il est aussi médecin distingué d'hôpital et bon chimiste. L'on attache, avec raison, une grande importance à une rédaction d'analyse exacte des travaux parus dans une spécialité, avec des citations fidèles qui ouvrent la voie à de nouvelles recherches à d'autres travailleurs. Cependant, il faut le dire, les hommes éminents qui professent exclusivement la chimie de nos jours ne regardent pas comme de vrais chimistes les toxicologues qui n'ont fait de la chimie qu'à l'occasion des poisons; ce n'est là effectivement que de la *chimie occasionnelle* ou *incidente*. Et *viceversa*, les cliniciens ne peuvent attacher grand prix aux élucubrations médicales des chimistes étrangers à l'exercice clinique. Malheureusement, la toxicologie anglaise est encore, sous ce rapport, dans la fausse voie de la toxicologie continentale, qui ne s'attache qu'à l'action locale des poisons : aussi sa thérapeutique est-elle déplorablement funeste. Qu'il nous suffise de citer, pour le moment, les faits que rapporte le *Med. Times* dans son dernier numéro (28 oct.), d'après le *Northern jour. of med.* Il s'agit, dans un cas, d'une malheureuse femme qui venait d'avaler beaucoup d'arsenic; elle venait de vomir très abondamment quand le docteur Adams est arrivé. Il la trouve dans l'hyposthénie la plus profonde : traits cadavériques, anxiété, yeux saillants, corps froid et couvert de sueurs froides et visqueuses, pouls filiforme, fréquent, fluctuant; prostration extrême, défaillances, etc. Que fait-il M. Adams? Au lieu

de combattre l'état dynamique par des stimulants alcooliques, par de la canelle, de l'opium, le calorique accumulé, etc., il prescrit le sulfate de zinc à forte dose et de la magnésie pour faire vomir encore, et pour neutraliser le poison, et il perd un temps précieux à appliquer la pompe gastrique!! La malade s'est affaissée et lui est morte entre les mains!!!. Elle s'est affaissée à vue d'œil par l'action du sulfate de zinc, qui, absorbé à son tour, a hyposthénisé comme l'arsenic; et l'on peut dire que la malade a été empoisonnée deux fois !!! Ainsi de suite des autres cas que le manque d'espace ne nous permet pas d'analyser. C'est là, dans ce malheureux système de l'action locale et des neutralisants chimiques qu'en est encore la toxicologie anglaise!! La persistance des médecins dans un système aussi manifestement erroné devient désormais un entêtement coupable en présence des nouvelles données antitoxiques que possède la thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de toxicologie *médico-légale, et de la falsification des aliments, des boissons et des médicaments; par M. le docteur* **Galtier**, *professeur de pharmacologie, de matière médicale et de toxicologie.* Un vol. in-8. de 760 pages. Paris 1845, chez J.-B. Baillière, lib. — Jusqu'en 1838, époque à laquelle ont été importées en France les études cliniques de l'école italienne sur les poisons, la toxicologie flottait encore sur un océan d'erreurs, entre des mains étrangères à la médecine. L'étude des corps vénéneux en effet était réduite à un simple jeu de cornues, à la seule action locale; et les hommes qu'on regardait comme les princes de la toxicologie ignoraient même jusqu'aux plus simples éléments de cette science, puisqu'ils ne savaient seulement ce que c'était un empoisonnement. Ceci n'a rien d'exagéré de notre part, puisque à l'heure qu'il est même il se trouve encore, pas loin de nous, de ces gros bonnets réputés toxicologiques que leur ignorance en médecine, en clinique, en thérapeutique, laisse dans l'incompétence absolue sur de pareilles questions. Ouvrez en effet quelques livres même récents sur la matière, et vous trouverez les erreurs les plus graves semées à chaque page à pleines mains; vous trouverez surtout un pitoyable gâchis sur la symptomatologie, sur les indications thérapeutiques de chaque poison. La toxicologie de Fodéré était, selon nous, plus avancée, moins erronée que quelques imitations indigestes qu'on a vu naître depuis; car Fodéré savait au moins douter!... Nous le répétons, la science a été égarée, et l'art entraîné dans une fausse route dès le moment où la toxicologie est passée exclusivement entre les mains de chimistes étrangers à la clinique. On n'a vu dans chaque empoisonnement que des brûlures intestinales; l'on a méconnu l'action dynamique, et l'on s'est laissé entraîner dans un système désastreux qui a fait plus de victimes peut-être que les poisons eux-mêmes : nous voulons parler du *système des neutralisants chimiques.*

Aujourd'hui, grâce à tant d'efforts, et malgré les persécutions odieuses dont on a été l'objet, les nouveaux principes toxicologiques commencent à être goûtés, la toxicologie quitte petit à petit les officines des neutralisateurs pour rentrer dans le domaine de la haute médecine, et l'on voit chaque jour paraître de nouvelles protestations contre l'ancien système. Le livre de M. Galtier que nous faisons connaître est une nouvelle preuve en faveur de ce progrès, et il sera suivi de plusieurs autres.

Une chose vivement à désirer, dans l'état actuel de la toxicologie médicale, serait, en attendant, de défendre rigoureusement aux pharmaciens qui sont appelés les premiers auprès des empoisonnés d'administrer de leur chef soit du tartre stibié, soit du sulfate de zinc pour faire vomir, soit leurs prétendus neutralisants chimiques, toutes ces substances étant absorbées, ayant une action dynamique dont ils ne peuvent comprendre la portée, et pouvant être par conséquent dangereuses entre leurs mains en rendant mortels des empoisonnements qui ne le seraient pas d'eux-mêmes. N'est-il pas déplorable de voir encore presque tous ces petits livres qu'on appelle formulaires, et certains journaux de sciences accessoires, la plupart incompétents sur ces questions de haute clinique, conseiller, prescrire avec une assurance incroyable de ces prétendus neutralisants chimiques dont ils ne comprennent le danger? L'un des plus grands malheurs dont la science et l'art auront à déplorer longtemps les graves conséquences, c'est précisément cet abandon de la toxicologie de la part des médecins, et le passage de cette science entre les mains d'hommes étrangers à la clinique. On avait oublié malheureusement qu'un empoisonnement est une maladie comme une autre, et que le clinicien seul peut comprendre et traiter convenablement! Quelle différence y a-t-il entre une fièvre pernicieuse, un typhus, un choléra épidémique et un empoisonnement d'une autre espèce? Quelque savant qu'il puisse être d'ailleurs comme chimiste, que peut-il dans ces questions un homme de laboratoire, étranger à la connaissance des lois qui régissent l'homme sain ou malade? Aussi les grands chimistes de notre époque, les Gay-Lussac, les Thénard, les Berzelius, les Dumas, les Pelouse, les Regnault n'ont-ils pas eu la prétention de s'y immiscer; et toutes les expériences sur les animaux faites par quelques amateurs restent malheureusement comme non-avenues, les principes de leur direction étant erronés. La toxicologie renaît aujourd'hui, après deux quarts de siècle d'anarchie et de marche rétrograde; elle se reconstitue sur ses véritables bases, et ce n'est pas là assurément un faible service rendu à la science par l'école italienne.

Le volume que M. Gaultier vient de faire paraître est consacré à l'étude des poisons inorganiques ou minéraux; il sera bientôt suivi d'un second qui embrassera les poisons organiques et complètera un ouvrage de longue haleine. L'auteur s'est réservé d'exposer dans le second volume les généralités, la philosophie de la science des corps toxiques; nous ne pouvons donc dès à présent l'apprécier. Son système laisse cependant assez comprendre qu'il adopte en grande partie les principes de la nouvelle doctrine, puisqu'il reconnaît l'action dynamique des poisons, et il n'accorde à l'action locale qu'un effet tout à fait secondaire. En parlant de l'action dynamique de l'arsenic, il reconnaît que cette action est hyposthénisante, et il fait le même avœu à l'occasion d'autres poisons minéraux. Malheureusement cependant M. Galtier s'est laissé parfois entraîner par la routine dominante; il est à espérer qu'il s'émancipera davantage dans le second volume. Quoi qu'il en soit, et à part les points sur lesquels nous ne sommes pas d'accord avec l'auteur, le livre de M. Gaultier est au total un progrès réel vers les bons principes toxicologiques; nous regardons cet ouvrage comme un anneau de transition vers la réforme complète à laquelle nous visons. Voilà pour les doctrines. Au point de vue pratique, l'ouvrage dont nous rendons compte est important par l'appréciation médicale des phénomènes toxiques et par les faits nombreux qu'il contient; il est surtout précieux par l'ensemble des procédés chimiques modernes que l'auteur a réunis avec un grand soin et une impartialité parfaite pour les expertises juridiques. Le chapitre sur les préparations arsénicales, celui sur les composés mercuriels et un autre relatif aux toxiques cuivreux, sont les plus élaborés et les plus vastes de ce volume; ils comprennent un espace de 400 pages environ. La section consacrée aux acides est également soignée; l'auteur reconnaît l'absorption de ces corps, ainsi que nous l'avions démontré cliniquement dans un travail que nous publiâmes plusieurs années avant que quelques hommes de laboratoire vinssent s'en attribuer la découverte. En résumé, l'ouvrage de M. Galtier peut être considéré comme une œuvre consciencieuse que les médecins et les experts liront avec profit.

Frattato di patoftalmologia *teorica e pratica, par M. Pasero,* prof. de clinique chir. à l'univ. de Turin. Un vol. in-8° de 500 pag. 1845.

Paris. — Imprimerie de LACOUR et C.,
rue St-Hyacinthe-St-Michel, 33.

Troisième Année. Ce Journal paraît le Ier de chaque mois. No 9. — Decembre 1845.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

ET

DE TOXICOLOGIE.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.
» Alibert. »

—

Eaux minérales des Pyrénées (1er art.).

La terre classique, la métropole des eaux minérales en France (les Pyrénées), comprend une étendue immense, depuis la Méditerranée jusqu'à l'océan Atlantique. Cette chaîne prodigieuse de montagnes gigantesques, qui s'étend obliquement de l'est à l'ouest, depuis le fort Saint-Elme ou cap Béarn (Méditerranée) jusqu'au promontoire de Fontarabie (océan), véritable pont éternel entre les deux mers, est pour l'hydrologue un sujet inépuisable d'observation et d'étude. Des sources innombrables d'eaux minérales, des sources chaudes, presque bouillantes, des sources tièdes et froides émanent du sein de ces géants du monde, et la médecine en retire tous les ans des bienfaits infinis. Plus de 60,000 malades se rendent, chaque année, de diverses parties du globe, surtout de l'Angleterre, de la France, de l'Espagne et de l'Amérique, aux pieds de Pyrénées chercher guérison ou soulagement, et il est rare de trouver, sur ce nombre, des patients qui quittent ces lieux sans en avoir retiré quelque avantage. On comprend déjà tout l'intérêt médical qui se rattache à cette étude. Nous connaissons *de visu* les Pyrénées et nous avons approfondi les travaux publiés sur la géologie de ces régions. C'est donc avec des notions bien arrêtées, et après une étude sérieuse des documents les plus essentiels, que nous entreprenons une série d'articles sur les eaux des Pyrénées. Nous entendons en faire une monographie aussi complète que possible. Livrons-nous d'abord à quelques considérations générales.

La chaîne des Pyrénées, placée comme une limite naturelle entre le midi de la France et le nord de l'Espagne, marque comme on sait la ligne de partage des deux royaumes, d'après la direction des eaux de ces montagnes. Elle comprend rien moins qu'une longueur de 85 lieues, puisqu'elle s'étend d'une mer à l'autre, et une largeur moyenne de 20 lieues. La surface que ces montagnes occupent est évaluée à 1,198 lieues. Des pics, au nombre de seize, d'une élévation titanique, s'élancent d'espace en espace jusqu'aux cieux, et leurs sommets demeurent couverts de neiges éternelles. La limite de ces neiges paraît circonscrite généralement à 2,435 mètres au dessus du niveau de la mer. Ces pics ont des noms particuliers qu'il est inutile de rappeler ici; les plus élevés règnent vers le milieu de la chaîne et s'élèvent à plus de 3,000 m. au dessus de la mer. Vers ce milieu, il en est trois qui dominent les autres, et que les voyageurs valides ne manquent jamais d'escalader; on les appelle : l'un, la *Maladetta* dont le sommet est à 3,443 au dessus de la mer; l'autre, le *Mont-Perdu* (3,758 m.); le troisième, *Pic du midi de Bigorre*, et qu'on nommerait plus proprement le *Roi des Pyrénées* puisqu'il en est le plus élevé (3,934 m.). Cette élévation prodigieuse, cette largeur, cette surface immense de la chaîne constituent déjà des conditions heureuses au point de vue hydrologique. Indépendemment des sources soit d'eaux douces, soit d'eaux minérales qui émanent naturellement des flancs et aux pieds de ces montagnes; indépendemment des torrents innombrables et qu'on appelle du nom générique de *Gave*, des glaciers, des lacs, des cascades qu'on rencontre partout; indépendemment, disons-nous, de toutes ces richesses, c'est de là que prennent naissance les deux beaux fleuves du midi de la France, l'Adour et la Garonne. Le premier se jette dans l'océan, en passant par Pau et par Bayonne; le second va joindre la Méditerranée, en côtoyant Toulouse; ce dernier point est tout à fait en face du milieu de la chaîne pyrénéenne. Quant aux

eaux qui s'écoulent du côté sud ou de l'autre versant des montagnes et qui regarde la Catalogne, l'Aragon et la Navarre, elles vont pour la plupart se décharger dans l'Èbre. Des sources minérales importantes règnent aussi de ce côté.

Au reste, les seize pics pyrénéens ne forment pas une ligne continue, bien que la chaîne de leur base ne soit interrompue nulle part. Ils constituent, en effet, deux lignes parallèles, éloignées entre elles de 32,100 mètres ; c'est-à-dire, qu'en marchant de l'est à l'ouest, les huit premiers pics marchent en ligne continue jusqu'à Barèges; là la ligne fait un coude rectangulaire, s'écarte de 32,100 mètres vers le sud et recommence une seconde direction à compter du pic de la Maladetta, pour marcher ainsi jusqu'à l'océan ; mais, nous le répétons, aucun déchirement n'existe dans la chaîne basilaire. C'est de ce point rectangulaire des deux ordres de pics que la Garonne prend son origine et que jaillit le plus grand nombre des sources minérales. La direction de la chaîne forme un angle de 112° avec le méridien ; elle marque à l'est 18° S., à l'ouest 18° N. C'est déjà faire comprendre que la température de ces régions aussi élevées est très variable et de moins en moins tempérée, à mesure qu'on marche de l'est vers l'ouest. Aussi la saison des eaux minérales n'y est-elle commode que pendant les mois de juillet et août, bien qu'elle s'ouvre officiellement le 1er juin et ferme le 1er octobre. A cette dernière époque on y est quelquefois surpris par la neige, et généralement par les pluies abondantes. Toujours, au reste, même dans le fort de l'été, les matinées et les nuits sont froides et humides dans les Pyrénées; aussi les baigneurs doivent-ils se pourvoir de vêtements en conséquence. C'est moins la position géographique que des conditions topiques particulières qui rendent raison d'un pareil état de la température. On sait, par exemple, que Perpignan et Rome ont la même température, bien que Rome soit d'un degré plus au sud ; et que Marseille, qui est à un degré plus au sud que Gênes, jouit d'une température moyenne moins élevée que cette dernière ville. (Annuaire du bureau des longitudes, 1834.)

Un fait remarquable, au point de vue de la thermalisation des eaux minérales des Pyrénées, c'est que ces montagnes n'offrent aucune trace volcanique. Elles résultent de roches plutoniques ou cristallines, c'est-à-dire de masses non stratifiées (granit, ophite, etc.) et de roches neptuniennes ou sédimentaires. Ces dernières sont : les unes fossilifères, les autres sans débris organiques, ce qui conduit à reconnaître différentes époques dans la genèse de ces montagnes. Une de ces époques est dite par soulèvement ; on la déduit de la rupture et de l'inclinaison des couches neptuniennes. On les croit contemporaines des Alpes et des Appenins, bien qu'elles constituent une chaîne tout à fait isolée. Il est impossible, au reste, d'après les nombreux fossiles marins qu'on rencontre dans ces roches (huîtres, peignes, hélices, nautiles, moules, hyppurites, etc.), et d'après les couches de sel gemme qu'on y trouve, de ne pas reconnaître une époque, fort éloignée sans doute, où les deux mers étaient réunies avant le soulèvement dont nous venons de parler. Les géologues modernes sont parfaitement d'accord à cet égard, et l'on ne trouvera pas un seul savant compétent qui pourra s'arrêter sérieusement à l'espèce de croyance du docteur Camus qui prétend que les montagnes et les vallées ont été formées de toute pièce, dès la création du monde, pour le bonheur de l'homme! (Camus, Nouv. réflex. sur les eaux de Cauterets, 1844) Il résulte de ces remarques que les eaux minérales des Pyrénées ne peuvent émaner que de très grandes profondeurs au dessous de la base des montagnes, par la raison qu'elles sont thermales pour la plupart et ne peuvent puiser leur calorique que du feu central, l'absence de toute trace de volcan dans ces lieux ne permettant pas d'expliquer autrement le phénomène, du moins dans l'état actuel des connaissances. Or, si l'on considère, d'une part, que le bassin des Pyrénées est très élevé, puisque Barèges, par exemple se trouve à plus de 4,000 pieds (1,269 mètres) au dessus du niveau de la mer; de l'autre, que quelques-unes des sources de ces régions offrent à la surface du sol une température de plus de 50° c., l'on comprendra sans peine que le parcours de l'eau doit être immense pour revenir ainsi à son point d'émergence. Cela explique peut-être la division infinie que les principes minéralisateurs de ces eaux ont éprouvée dans ce liquide, division insaisissable à l'analyse chimique et qui rend jusqu'à un certain point compte de leur énergie si grande, et de leurs effets si merveilleusement salutaires.

On ne connaît aux Pyrénées que trois espèces d'eaux minérales : les sulfureuses, les salines, les ferrugineuses. Ces dernières sont rares et froides ; les premières sont les plus fréquentes et généralement thermales. La minéralogie pyrénéenne cependant fait supposer l'existence de sources autrement composées et qui se perdent probablement dans le sein de la terre. On constate en effet, dans les roches de ces lieux (indépendamment des couches et des veines de fer sulfuré et de barite sulfatée), des minerais de zinc, de manganèse, de cobalt, de bismuth, de nickel, d'arsenic. Les eaux qui traversent ces divers minerais doivent nécessairement s'en imprégner plus ou moins, ainsi que cela a lieu dans d'autres régions où l'on rencontre ces mêmes éléments. On connait, en effet, des eaux arséniquées, cuivrées, saturninées, antimoniées ; mais on ne les trouve, à la vérité, qu'exceptionnellement, et l'on ne s'en sert presque pas pour l'usage médicinal. Il est vrai que la chimie s'est trouvée en défaut vis à vis les eaux des Pyrénées, puisqu'elle n'y a signalé que des éléments peu importants, tandis que leurs effets sont prodigieux, non seulement sur l'homme, mais encore sur les animaux, en particulier sur les chevaux atteints de diverses maladies graves. On peut donc se demander si ces derniers métaux, entraînés avec l'eau à de grandes profon-

deurs, ne sont pas décomposés ou autrement métamorphosés par la chaleur centrale et enlevés ainsi à l'eau dans les laboratoires mystérieux du sein de la terre. On sait, d'après M. Arago, que les eaux thermales ne se minéralisent qu'à l'état de vapeur, c'est-à-dire, que les eaux pluviales pénètrent à des grandes profondeurs, forment des dépôts, des bassins, des lacs souterrains superposés ; de là elles envoient, en vertu de leur gravité et à travers les fissures laissées par les retraits naturels de la matière, des filets qui s'étendent à des profondeurs assez grandes pour rencontrer une chaleur capable de les convertir en vapeur ; et c'est dans cet état que l'eau remonte par la force propre à la vapeur ; elle se minéralise dans son passage ascentionnel, sous l'influence de la chaleur et de la pression, pour redevenir liquide à une certaine distance de la surface du sol. On sait au reste que, pour atteindre le degré d'ébullition, il suffit que l'eau pénètre à une profondeur de 2,250 mètres. Une foule de faits observés dans les fouilles ou des ruptures accidentelles à des sources thermales semblent appuyer fortement l'opinion de M. Arago. Nous avons eu l'occasion d'en citer des exemples dans les deux premiers volumes de ce journal.

Dans la nouvelle division territoriale de la France, les Pyrénées se trouvent partagées en six départements, savoir : les Pyrénées-Orientales, les Hautes-Pyrénées, les Basses-Pyrénées, l'Arriége, l'Aude et la Haute-Garonne. Les trois premiers suivent la direction des pics de la chaîne ; les trois autres sont à l'est et vers le nord de cette même chaîne. La population que ces départements renferment est immense : les Basses-Pyrénées présentent à elles seules déjà 130,000 habitants. On comprend par là que les départements eux-mêmes voisins des sources minérales doivent fournir chaque année un nombre considérable de malades et de visiteurs, et que pendant les trois ou quatre mois de la saison des eaux, ces lieux doivent offrir une animation, un concours de monde comme dans une foire. Les sources minérales en effet se trouvent presque accumulées vers le milieu de la chaîne, c'est-à-dire dans les Hautes-Pyrénées et dans la partie orientale des Basses-Pyrénées qui est limitrophe avec le département précédent. En procédant de l'est à l'ouest, les sources principales, ou plutôt les établissements les plus renommés se présentent dans l'ordre suivant : 1° Ax ; 2° Bagnère-de-Luchon ; 3° Barèges ; 4° Saint-Sauveur ; 5° Cauterets ; 6° Eaux-Bonnes ; 7° Eaux-Chaudes ; 8° Bagnère-de-Bigorre. Il est une foule d'autres sources moins connues et dont nous devons parler. Il est aussi à l'ouest des Pyrénées un autre établissement thermal, c'est celui de Barrits où l'on administre des bains et des douches d'eau de l'océan chauffée, et enfin un établissement important sur l'autre versant des Pyrénées qui appartient à l'Espagne, c'est celui de Penticosa. Il est des malades, surtout des Anglais, qui passent aussi l'hiver dans les Pyrénées ; leur quartier-général est à Pau, ville de 14,000 âmes, chef-lieu des Basses-Pyrénées, située à l'ouest de la chaîne, à quelque distance d'Orthez, de Bayonne et de Bordeaux, et célèbre dans l'histoire par des faits mémorables dont elle a été le théâtre. On sait, en effet, que cette ville a été autrefois la capitale des provinces béarnaises ; qu'elle devint le centre des opérations militaires du vainqueur de l'Aquitaine, César-Auguste, et qu'elle servit de berceau à l'un des rois de France, Henri IV. Ce monarque qui avait dans sa jeunesse souvent visité les sources thermales des Pyrénées, eut soin à son avénement au trône de donner des lois réglementaires sur l'administration de ces richesses précieuses (1603). Le nombre des Anglais qui passent l'hiver à Pau est considérable ; ils ont fini par y faire bâtir pour leur compte une église protestante qui a coûté 40,000 francs, et ouvrir un cabinet de lecture où l'on reçoit un grand nombre de journaux de l'Angleterre et de France. On peut consulter sur la topographie médical de Pau un livre récent, qu'on peut regarder comme un bienfait pour cette ville, nous voulons parler de l'ouvrage du docteur Taylor, médecin anglais, que nous avons déjà eu l'occasion de citer avantageusement (De l'influence curative du climat de Pau, etc., traduit en français par M. O'Quin. 1 vol. in-8° de 457 pages. Pau, 1843). Nous mentionnerons également, comme digne d'être lu, un remarquable travail de M. le docteur Fouran, de Bagnère-de-Luchon, sur la constitution des eaux minérales des Pyrénées en général. Les malades casernés à Pau, pendant l'hiver, sont généralement des phthisiques, des goutteux, des rhumatisants, des dyspepsiques, etc. Ils attendent les beaux jours du printemps pour faire des excursions aux eaux de Bagnère-de-Bigorre, qui sont les plus près de Pau, en attendant qu'ils puissent se rendre à Eaux-Bonnes, à Eaux-Chaudes, à Cauterets ou à Barèges. Les Anglais se rendent aux Pyrénées en passant par Paris, ou bien s'arrêtent au Havre où ils s'embarquent pour Bordeaux. Désormais les chemins de fer changeront sans doute cet itinéraire, et l'affluence sera plus grande encore aux Pyrénées. — Dans le prochain numéro, nous entrerons plus directement en matière dans l'examen général des eaux pyrénéennes.

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

Les eaux potables. — Dans un rapport au nom d'une commission que M. le docteur Arthaud, médecin à Bordeaux, vient de faire à la société royale de médecine de cette ville, concernant une source très abondante d'eau commune (2,000,000 de litres par 24 heures) qu'on vient de découvrir dans un des quartiers de cette même ville, l'auteur ou plutôt la commission se livre à quelques considérations générales sur les eaux potables, que nous allons reproduire ; nous le faisons d'autant plus volontiers que ces considérations sont conformes aux principes que nous avons exprimés en plusieurs occasions dans ce journal. Il est regrettable que la savante commission de Bordeaux n'ait pas eu connaissance des nombreux documents sur les eaux potables que nous avions consignés dans notre re-

cueil et dont les détails auraient peut-être rendu plus complet son important travail. — La source que l'un des honorables propriétaires de Bordeaux, M. Vignes, vient de découvrir, est un véritable bienfait pour la ville, puisqu'elle aplanit les difficultés qui s'étaient jusqu'ici opposées à ramener intra muros une quantité suffisante d'eau potable pour servir tous les quartiers et fournir aussi le nécessaire à l'embellissement de la ville. Jusqu'ici les habitants de Bordeaux n'avaient pu jouir que de l'eau de puits.

On s'imagine communément que la meilleure eau potable est celle qui se rapproche le plus de l'eau distillée ou de l'eau de neige. C'est une erreur que la commission s'est attachée à combattre tout d'abord. L'eau pure, le protoxyde d'hydrogène, tel qu'on l'obtient dans nos laboratoires, n'existe pas dans la nature, et l'on sait que les eaux de neige sont malsaines, par cela même qu'elles ne contiennent pas de carbonate de chaux, si nécessaire, à ce qu'il paraît, à l'assimilation normale de nos aliments. « Comme il n'existe pas plus de type absolu d'une bonne eau potable qu'il n'existe de type absolu de tous les autres agents hygiéniques, on ne peut juger de leurs qualités que d'une manière relative. Si les recherches scientifiques ont permis de dire quelles sont les substances qu'il est avantageux de rencontrer dans les eaux, soit pour favoriser une nutrition régulière, soit pour la convenance de certains usages domestiques ou industriels, il serait difficile, ou du moins téméraire, de préciser les quantités exactes de substances salines et gazeuses qui doivent être contenues dans l'eau, pour que cette eau puisse être considérée comme étalon, le prototype des meilleures eaux potables. » — Les anciens avaient, d'après la simple observation empirique, établi que les meilleures eaux étaient celles qui étaient fraîches, aérées, limpides, sans saveur ni odeur, froides en été, tempérées en hiver, cuisant bien les légumes, dissolvant le savon sans former trop de grumeaux. Ces caractères se rapportent évidemment aux eaux de source, car elles seules ne sont jamais troublées par les orages, sont constantes dans leur composition chimique, dans leur température, et se trouvent, par rapport à la température de l'atmosphère, froides en été et tempérées en hiver. En n'acceptant comme bonnes que celles qui cuisaient bien les légumes et dissolvaient bien le savon, n'est-ce pas comme s'ils eussent dit qu'elles ne devaient pas contenir de sulfate et de chlorure de calcium ?

La commission fait remarquer avec raison : « que les sels contenus dans les eaux potables varient moins dans leurs qualités que dans leurs quantités ; qu'ils sont tous, *sauf le sulfate calcaire*, des éléments constitutifs du corps humain, et qu'ils se retrouvent dans la presque totalité de nos aliments les plus usuels ; que l'examen détaillé des propriétés hygiéniques et thérapeutiques du chlorure de sodium, du carbonate de chaux, des nitrates de potasse, de soude et de magnésie, loin d'impliquer que ces sels peuvent nuire à la santé, conduit à penser qu'ils sont d'une extrême utilité à la nutrition et au jeu régulier des organes; qu'il est même des circonstances où l'usage d'une eau chargée de carbonates calcaires et autres sels était préférable à l'usage d'une eau qui en contient de très faibles quantités.» — Cette discussion, au reste, se trouve résumée dans les trois propositions suivantes : « 1° Les eaux les plus pures, qui coulent à la surface de la terre, ne sont pas les meilleures comme eaux potables : celles qui contiennent une certaine quantité de sels calcaires et autres leur sont préférables ; 2° de tous les sels contenus dans les eaux qui servent à la boisson de l'homme et des animaux, le *sulfate calcaire* seul peut résister à l'action digestive et fatiguer les intestins à la manière des substances indigestes : c'est donc dans les diverses quantités de ce sel que l'on doit chercher le degré d'infériorité relative aux eaux potables; 3° s'il était possible d'isoler par l'expérience, comme on peut le faire par la pensée, l'action des divers agents hygiéniques sur la population des grandes villes, il est presque certain que les eaux potables chargées de sels calcaires et autres (sauf le sulfate de chaux) devraient être préférables aux eaux potables, très voisines des eaux distillées par leur pureté. » Nous nous permettons de nous demander ici s'il est prouvé que, comme boisson, l'eau qui contient du sulfate de chaux (en proportion modérée, bien entendu) serait malfaisante? Nous ne le pensons pas, et l'on ne comprend pas assez comment un gramme de ce sel, par exemple, mêlé à l'eau et aux aliments, pourrait irriter fâcheusement les voies digestives, puisque, d'une part, le sel non absorbé passerait enveloppé dans les résidus de la digestion, et que, de l'autre, ces organes sont habitués à l'action d'autres corps bien autrement irritants et qu'ils supportent impunément, tels que l'épiderme de raisin, de pommes, les noyaux de cerises, les pépins de divers fruits, le parenchyme de certains légumes, l'enveloppe des graines de la moutarde blanche, etc. C'est donc sous un autre point de vue, au point de vue dynamique, que la proportion de ces divers sels voudrait être examinée, en tant qu'élément de la boisson. Nous en dirons autant du chlorure de calcium qui se présente au même titre que le sulfate de chaux. Sous le rapport culinaire ou industriel cependant, c'est une autre affaire, là les considérations chimiques étant parfaitement applicables dans tous les cas.

« En 1840, M. le docteur Alphonse Dupasquier, professeur de chimie à l'École préparatoire de Lyon, publia sur les eaux de source et les eaux de rivière comparées sous le double rapport hygiénique et industriel, un volume remarquable, dans lequel il exposa des doctrines semblables aux précédentes sur l'utilité des sels contenus dans les eaux potables. Non seulement il considère le carbonate de chaux comme un agent hygiénique indispensable, mais encore il démontra, par des expériences décisives, que sa présence dans les eaux n'exerce aucune action décomposante sur le savon. Poussant plus loin ses investigations, il découvrit un fait de la plus haute importance pour l'industrie lyonnaise, c'est que ce sel est le seul qui avive le principe colorant des matières tinctoriales.» Il résulte de ces recherches que l'eau des cinq sources de Lyon ne contient principalement que du carbonate de chaux, dans la proportion de 21 à 22 centigr. (4 à 5 grains) par litre. L'eau du Rhône présente aussi le même sel comme principe dominant, mais en moindre proportion. — On le voit déjà, il ne s'agit que de faibles quantités incapables de nuire. — Une commission de la Société de médecine de Lyon disait dans son rapport sur ce sujet : « M. le docteur Dupasquier a fait une remarque d'une grande importance qu'il a généralisée. Jusqu'à ce jour, on avait, à tort, regardé comme mauvaises les eaux qui contiennent des sels calcaires en quantité notable, et comme bonnes celles qui n'en ont pas. Ce sont le sulfate de chaux et le chlorure de calcium qui donnent aux eaux la propriété de cailleboter le savon et de peser sur l'estomac, et qui doivent les faire rejeter comme insalubres. Le carbonate de chaux en quantité convenable est loin de nuire à la digestion, et il ne s'oppose point à la coction des légumes ni à la dissolution du savon. Pour s'assurer jusqu'à quel point il pouvait s'opposer à cette dissolution, la commission a fait une expérience qui lui a prouvé qu'il n'y met obstacle que lorsqu'il est en quantité bien supérieure à celle qu'on trouve dans les eaux soumises à notre examen, comme,

par exemple, dans les eaux fortement incrustantes de Saint-Alire et de Saint-Nectaire en Auvergne. Ne pourrait-on pas le comparer aux condiments et surtout au sel de cuisine, qui ne deviennent nuisibles que lorsqu'on en met de trop fortes doses? Or, le carbonate de chaux, contenu dans les eaux des quatre sources, ne s'y trouve que dans des proportions convenables..., et il est tenu en dissolution par une quantité considérable d'acide carbonique : aussi ces eaux dissolvent le savon et cuisent bien les légumes. Cette dose de carbonate de chaux ne remplirait-elle pas un rôle important dans l'ossification chez les enfants, et dans la nutrition osseuse chez les adultes? Et ne serait-ce point à son absence, dans les eaux provenant de la fonte des neiges, qu'il faudrait attribuer, en grande partie, le grand nombre de crétins, de rachitiques et de scrofuleux, qu'on trouve dans certaines contrées? »

La nouvelle source de Bordeaux jaillit avec force par huit ouvertures d'un calcaire coquiller recouvert de deux mètres de sable et de gravier. Elle paraît émaner de la même nappe qui alimente les puits du même quartier. L'eau n'a ni goût ni odeur; elle est un peu fade comme l'eau des puits. Par l'évaporation, elle laisse un résidu salin de 950 millig. (près de 20 grains) par litre. On s'en sert parfaitement pour les usages domestiques. L'analyse chimique cependant y a découvert d'assez fortes proportions de sulfate de chaux et de chlorure de calcium. La commission croit que ce qui charge cette eau de ces principes, c'est la communication de la nappe avec les eaux qui s'infiltrent à travers le sol de l'antique cité et des anciennes constructions romaines. « Le sol d'une vieille ville, souvent remué pendant le cours des siècles, toujours mêlé aux débris des anciennes constructions, imprégné à une grande profondeur par les eaux ménagères, les détritus végétaux et animaux de toute espèce, le suintement continu des fosses d'aisance, doit nécessairement acquérir les conditions nécessaires au développement du salpêtre. C'est sans doute la cause de la grande quantité de nitrates que l'analyse constate dans l'eau des puits des grandes cités... A Lyon, on a constaté que les établissements industriels insalubres, installés sur le territoire de la Guillotière et des Broteaux, ont déjà sur quelques points altéré les eaux souterraines à une certaine distance. A Paris et dans les environs, des altérations analogues ont eu lieu sous l'influence de causes semblables. Le conseil de salubrité de la Seine, consulté sur une viciation des eaux potables déterminée par la voirie de Bondy, s'exprime ainsi : « Dans les temps anciens, les eaux de la nappe qui alimente tous les puits de Paris jouissaient de qualités excellentes, et servaient de boisson aux habitants des bourgs et maisons disséminées, qui, plus tard, ont été enfermées dans l'enceinte de la capitale. Ce n'est que depuis la multiplication des puisards, et surtout depuis l'introduction des fosses d'aisance dans les maisons, c'est-à-dire à partir du règne de François Ier, que les eaux se sont détériorées, et qu'il a fallu recourir pour la boisson aux eaux de la Seine. » La commission pose en fait que le produit salin donné par une eau est d'autant plus considérable que le puits qui la fournit a été creusé près d'un sol habité depuis un temps plus long. A mesure qu'on s'éloigne de l'habité, la même nappe perd petit à petit son sulfate de chaux, son chlorure de calcium et ses nitrates. Le sulfate calcaire que la nouvelle source de Bordeaux présente s'élève à 85 milligr., et les nitrates à 232 milligr. par litre, quantités peu importantes, comme on le voit, et qui n'empêchent pas l'eau d'être d'un précieux usage pour les habitants. Sa quantité est de deux millions de litres par 24 heures, ainsi que nous l'avons dit.

Quant aux autres éléments chimiques de cette eau, on peut les relever du tableau suivant :

Gaz acide carbonique,	13 millilitres.
Air atmosphérique,	4 —
Chlorure de calcium,	0g105
Id. de magnésium,	0, 058
Id. de sodium,	0, 028
Nitrate de potasse,	0, 050
Id. de magnésie,	0, 075
Id. de chaux,	0, 107
Sulfate de chaux,	0, 085
Carbonate de chaux,	0, 370
Id. de magnésie,	0, 016
Silicate d'alumine,	9, 036
Perte,	0, 003
	0, 930

On s'est assuré facilement, au reste, que la nappe qui alimente la nouvelle source était la même que celle qui répondait aux puits du quartier; l'on a pour cela soumis la source à l'action de deux pompes, et l'on a vu le niveau de l'eau des puits baisser considérablement. (Jour. de méd. de Bordeaux.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des fièvres, d'après l'Ecole italienne.

Nouvelles données thérapeutiques (6e art.).

La fièvre intermittente doit nous occuper encore dans cet article, avant de passer à l'étude de la fièvre inflammatoire. Nous devons compléter surtout les détails relatifs au traitement. D'une part, nous avons à revenir sur la médication arsénicale, de nouveaux faits s'étant produits à notre examen; de l'autre, il est de notre devoir d'apprécier soigneusement le traitement de la fièvre intermittente à l'aide de la digitale, tant vantée par l'un des professeurs de clinique de la Faculté, M. Bouillaud. La critique à laquelle nous avons dû soumettre les observations de ce savant sur cette grave question prouvera, nous l'espérons, la haute importance que nous attachons à ses productions cliniques. C'est même par là que nous allons entrer en matière, et nous terminerons ce sixième article par des conclusions générales sur cette première section de notre travail.

M. le professeur Bouillaud ouvre son chapitre des fièvres intermittentes par la déclaration suivante : « Parmi les dix-huit cas de fièvre intermittente que nous avons, dit-il, reçus, il en est sept dans lesquels nous avons traité et guéri la maladie au moyen de la digitale administrée, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, par la méthode endermique. Déjà nous avions obtenu le même succès chez vingt-cinq à trente malades admis dans notre service à une époque antérieure à celle dont nous rendons compte, résultat qui a été publié dans les journaux de médecine et dans plusieurs thèses de la Faculté de médecine de Paris. Nous appelons l'attention des praticiens sur cette *nouvelle méthode*. Nous avons été conduit à l'emploi de la digitale par une induction dont il n'est pas nécessaire de parler ici. Nous n'avons rien négligé pour que les faits rapportés en sa faveur fussent aussi concluants que possible. C'est ainsi, par exemple, que nous n'avons

jamais administré la digitale qu'après avoir bien constaté l'existence de la fièvre intermittente, c'est-à-dire après avoir été témoin d'un ou de plusieurs accès. On a publié que M. Chomel avait nié la possibilité de guérir ainsi les fièvres intermittentes; mais nier n'est pas prouver » (Clinique, t. 3, p. 236).

Avant d'entrer dans les détails des faits, ce préliminaire pose deux questions que nous devons relever: la première concerne la nouveauté de la médication. Quand un savant haut placé comme M. Bouillaud écrit solennellement dans un traité de clinique ces paroles : « *Nous appelons l'attention des praticiens sur cette nouvelle méthode*, » il faut supposer qu'il est sûr de ce qu'il avance. Nous avouons cependant que notre surprise a été grande, et ce n'est pas sans quelque regret que nous transcrivons ici les titres des ouvrages antérieurs à celui de M. Bouillaud où cette médication se trouve consignée. Nous citons à dessein d'abord un livre qu'on peut appeler vulgaire en France, et que nous estimons, moins pour les principes et les doctrines qu'il renferme que pour les renseignements et les citations qu'il procure : — « La même qualité présumée calmante de la digitale l'a fait donner dans les fièvres, intermittentes surtout. Cluttenberk dit l'avoir administrée avec succès dans plusieurs cas de typhus. J. Dawy rapporte avoir guéri *une fièvre d'accès*, compliquée de dyssenterie et d'épanchement abdominal, par son moyen ; il commença par cinq grains de digitale, et alla graduellement jusqu'à 115 par jour : le pouls était, pendant ce traitement, plus fréquent que dans l'état naturel, mais jamais la tête ni l'estomac ne souffrirent, et les urines ne furent point augmentées. Lorsqu'on les eut cessées, le pouls tomba à 46 pulsations (Gaz. de santé, janv. 1826). Graffenauer a également prescrit la digitale, avec profit, dans les fièvres intermittentes tierces et double tierces; il emploie une teinture (eau-de-vie 10 onces, digitale 3 onces) dont il donne demi-gros, après l'avoir étendue dans une infusion de valériane. Il dit que le pouls descend parfois à 20 pulsations pendant son usage (Bibl. méd., t. 26, p. 240). On prend ce médicament dans l'apyrexie ; jamais il n'a réussi dans la fièvre quarte. M. le docteur Cuirard a également vu des fièvres intermittentes guéries par l'usage de la digitale » (Merat et Delens, Mat. méd., t. 2, p. 642). Nous avons sous les yeux le travail de M. Cuirard ; il est intitulé : *De l'emploi de la digitale pourprée dans quelques fièvres intermittentes* ; Montpellier 1823. On trouve dans l'ouvrage de M. Giacomini les mêmes citations à l'article digitale; et ailleurs, en parlant du quinquina, cet auteur ajoute : qu'il a, dans les fièvres intermittentes, remplacé la digitale et le sulfate de quinine par la scille, avec un résultat *constamment* avantageux, plus de 80 malades ayant été parfaitement guéris de la sorte par ce praticien; il est vrai cependant qu'il n'a pas songé à prétendre par là à l'invention d'une *méthode nouvelle!* C'est que, d'ailleurs, des faits isolés qui se rattachent à des principes connus ne constituent pas, par eux-mêmes, une méthode. Tirons donc un voile sur cette première question. Nous présumons, au reste, que M. Bouillaud n'applique pas sa prétention de méthode nouvelle à la manière par lui adoptée d'administrer la digitale par la surface d'un vésicatoire; car nous sommes en mesure de prouver, au besoin, qu'il se tromperait pareillement.

La seconde question se rattache aux indications d'une pareille médication. On a dû noter dans le passage ci-dessus de M. Bouillaud cette phrase remarquable : « Nous avons été conduit à l'emploi de la digitale par une induction dont il n'est pas nécessaire de parler ici. » Cette induction, dont l'auteur semble nous cacher la source, se dévoile assez clairement dans les paroles suivantes qu'il a, presque à son insu, jetées dans un coin de ce chapitre : « Nous avons, il est vrai, dit-il, rencontré chez un grand nombre de malades (il s'agit de fièvres intermittentes) des palpitations du cœur, des irrégularités dans les battements de cet organe, des suspensions momentanées de ces mêmes battements (syncopes, défaillances, lypothymies) ; mais comme, dans tous ces cas, les désordres indiqués se rattachaient à l'existence de maladies organiques, aiguës ou chroniques, dont nous avons parlé ailleurs, nous ne pouvions les consigner ici. » — Il est donc évident que ce sont ces phénomènes du côté du cœur qui ont conduit l'auteur à la médication en question. Il est fâcheux cependant qu'il ait consenti à ne publier que des observations incomplètes, puisqu'il a supprimé les détails relatifs à ces phénomènes si importants. Effectivement les faits dont nous allons rendre compte sont d'une pauvreté désespérante et même remplis d'inexactitudes, ainsi que nous le prouverons, ce qui conduit naturellement à se demander comment une pareille manière de faire peut s'accorder avec une médecine qui s'intitule *exacte*. Comment n'a-t-il donc pas compris, le savant clinicien, que les phénomènes cardiaques dont il s'agit se rattachaient à la condition pathologique fondamentale de la fièvre intermittente? N'avons nous pas démontré anatomiquement que l'essence de cette maladie était dans une phlogose du cep de l'arbre veineux, savoir, de l'oreillette droite du cœur et de la portion des veines caves contenue dans le péricarde, et souvent aussi du ventricule droit du même organe? Et n'est-il pas évident aussi que lorsque cette phlébite centrale est assez intense, elle doit s'accompagner d'un trouble dans les fonctions du cœur, d'une sorte d'impuissance dans sa force aspirante, de palpitations, d'oppressions, de lypothymies, de syncopes, etc.? Maintenant, qu'une maladie organique préexiste, dans cet organe, à la fièvre, n'est-il pas manifeste pareillement que c'est là une condition prédisposante à la phlébite centrale, et par suite une complication qui prend une part active dans les phénomènes de la fièvre? En conséquence la suppression des détails de ce genre dans des observations cliniques constitue une lacune fâcheuse qui enlève à celles-ci une grande partie de leur importance, surtout quand on se pique de faire de la médecine exacte. Il résulte de là, bien évidemment, que

M. Bouillaud n'a pas bien compris la valeur réelle des faits qu'il a voulu enregistrer, et que la médication dont il a fait usage n'est qu'une simple imitation empirique. Nous allons voir s'il y a, même dans le mode d'administration du remède par lui adopté, toute la sagacité pratique que la chose mérite, et qu'il a montrée lui-même dans le traitement d'autres affections. Entrons dans les détails des faits.

Il s'agit de sept observations dont cinq relatives à des fièvres tierces, et deux à des fièvres quotidiennes, sur des sujets du sexe masculin. Leur âge était de 17, 18, 21, 22 ans; un seul avait 37 ans. C'était, pour la plupart, des ouvriers assez robustes dont le mal ne datait que de quelques jours à quelques semaines, et il paraissait s'être développé sous l'influence de variations brusques et répétées de l'atmosphère. La rate était anormalement développée chez le plus grand nombre, mais pas beaucoup. La durée des accès était de deux à cinq heures, plus ou moins. L'affection, au reste, était assez simple chez tous, et l'intermittence tout à fait franche. On voit déjà qu'il s'agit de fièvres légères peu importantes, qui peuvent guérir avec toute espèce de remède, et par le seul repos au lit, la diète et quelques boissons rafraîchissantes. Nous ne voulons pas dire par là que le traitement prescrit par M. Bouillaud, conjointement à ces mesures hygiéniques, ait été inutile: loin de là; mais il importe, au point de vue de la médication, de tenir compte de ces circonstances, car il est, comme on sait, des fièvres intermittentes légères qu'on pourrait appeler éphémères, par la raison qu'elles s'usent d'elles-mêmes, pour ainsi dire, leur condition pathologique se résolvant spontanément par les seules forces de l'organisme, comme tant d'autres maladies peu intenses. Dans tous les cas, après avoir bien constaté la nature de la maladie, M. Bouillaud a prescrit l'usage de la poudre de digitale *intus et extra*, indépendamment de la diète, des boissons rafraîchissantes et de topiques émollients (cataplasmes à l'épigastre). Intérieurement, la poudre a été donnée dans une tisane, à la dose de 30, 40, 50, 60 centigr. (6, 8, 10, 12 grains) par jour. Extérieurement, on la disséminait à la surface d'un large vésicatoire appliqué à la région du foie, à la dose de 30, 40, 50, 60 centigr. (6, 8, 10, 12 grains) par jour et en une fois. Dans un ou deux cas, on a remplacé le vésicatoire par une injection du remède dans le rectum. La fièvre a paru définitivement coupée, avec une décroissance plus ou moins prononcée du volume de la rate, au bout de 5, 7, 9, 10, 11, 18 jours. Total 70 jours, terme moyen, 10 jours de traitement. Le premier malade est resté à l'hôpital 22 jours, à cause d'un rhumatisme qui est survenu après la fièvre; le second, 17 jours; le troisième, 24; le quatrième, 23; le cinquième, 14; le sixième, 15; le septième, 10: terme moyen, 18 jours de séjour. La quantité nécessaire de digitale pour couper définitivement la fièvre a été, par bouche, de 32, 33, 43, 56, 30, 58, 32 grains: terme moyen, 2 gm. environ (40 grains); par le derme ou en lavement, de 30, 32, 42, 36, 24, 92, 32 grains; terme moyen, 2 gm. environ. Total, 4 gm. (1 gros) de poudre de digitale par individu.

M. Bouillaud a fait mesurer la température dermique chez trois de ces malades, soit pendant la période de chaleur, soit pendant l'intermittence. Chez le premier, tandis que la peau accusait au toucher une chaleur vive et de la sécheresse, le thermomètre porté dans l'aisselle gauche n'a donné que 38 39° c.; le lendemain, dans la même aisselle, 32-33°, et sur l'abdomen 34°. Chez le second (3e fait), tandis que le toucher accusait une peau chaude et sèche, le thermomètre dans l'aisselle droite ne marquait que 37°, et le lendemain, sur l'abdomen, 33°; le surlendemain, ibid., 33°. Chez le troisième (6e fait), le thermomètre n'a accusé sur l'abdomen que 33°. Il est facile de voir, par ces chiffres thermométriques, que M. Bouillaud s'est trompé dans cette appréciation. Remarquez, en effet, ce chiffre 32-33° dans l'aisselle, et 34° sur l'abdomen! On sait que le chiffre normal est 37-38° c., et que l'aisselle offre toujours une fraction de plus que l'abdomen. D'ailleurs, il est faux que la température descend à plusieurs degrés au dessous du type normal chez les sujets pyrétiques, ainsi que les données de M. Bouillaud tendraient à le faire admettre. Une diminution de température de 5 à 6°, comme dans les chiffres précédents, serait une condition extrêmement grave, nullement en rapport avec l'état de ces malades. On peut établir, au contraire, que chez les sujets pyrétiques la température dermique est au dessus du type normal. Il est d'ailleurs si vrai que M. Bouillaud s'est trompé, que chez le premier malade il n'a trouvé que 38-39°, c'est-à-dire à peu près le type normal, tandis que la peau accusait au toucher une chaleur vive et de la sécheresse. D'ailleurs, par suite d'une autre erreur, M. Bouillaud professe que le type normal de la température dermique chez l'homme est de 38-40°. D'où il résulterait qu'avec une peau très chaude au toucher, le malade ci-dessus aurait une température au dessous de l'état normal, d'après la mensuration précédente. Tous ces résultats bizarres ne tiennent qu'à une seule chose: c'est que M. Bouillaud ne mesure pas exactement la chaleur dermique, ou qu'il se sert de mauvais thermomètres. Nous avons déjà eu occasion de faire remarquer que pour mesurer avec exactitude la température des surfaces des corps solides, il fallait avoir recours au thermomètre à contre-cuvette parabolique en or, inventé et fabriqué par M. Danger, et adopté dans les fabriques de glaces (miroir), et nullement des tubes ordinaires dont a fait usage M. Bouillaud, ces derniers ne donnant que de faux résultats, toujours inconstants et au dessous de la réalité quand il s'agit de la surface abdominale ou de l'aisselle. Rayons donc comme erronés les chiffres thermométriques des observations dont il s'agit, et laissons à d'autres le soin de remplir cette intéressante lacune de l'histoire des fièvres intermittentes.

Voyons à présent quelle est la valeur des faits que nous venons d'analyser. D'abord, M. Bouillaud a-t-il été bien inspiré en appliquant la poudre de digitale par la méthode endermique? Une poudre insoluble semée à la surface d'un vésicatoire n'est pas absorbée, ou qu'à peine, et toujours inégalement et difficilement si elle l'est; car il faut pour cela qu'elle soit digérée, en quelque sorte, par les sucs de la région pour passer avec eux dans le torrent circulatoire. Il est donc évident que cette méthode est ce qu'il y a de plus mauvais, de plus défectueux dans l'espèce, et il est probable que c'est la digitale prise par bouche

qui a agi principalement, l'autre ayant été employée en pure perte. Quand on a voulu employer la digitale par la méthode endermique, les thérapeutistes ont eu recours à l'extrait, à la décoction ou aux feuilles fraîches sous forme de cataplasme, et l'on a, avec raison, exclu la poudre. Ainsi donc, sous ce premier rapport, l'application de M. Bouillaud est loin de mériter le titre d'exacte. Quant à l'emploi de la même poudre par bouche, nous devons faire remarquer que la distribution du remède dans un pot de tisane, adoptée par M. Bouillaud, offre aussi quelque inconvénient par la même raison de son insolubilité. On l'incorpore ordinairement dans du miel, sous forme d'opiat, ou bien de pilules, et cela vaut assurément mieux; car on sait ce qu'on fait alors et ce qu'on administre à chaque prise.

Qu'y a-t-il donc de bien remarquable dans des guérisons de petites fièvres parisiennes, en 10 jours de traitement, 18 de séjour à l'hôpital, et avec 4 grammes de digitale? Rien en vérité, si l'on se rappelle que le sulfate de quinine les guérit en deux, trois ou quatre jours, et que le simple régime antiphlogistique suffit déjà pour affaiblir grandement le mal en peu de jours. Avec quoi ne guérit-on pas ces sortes de fièvres? M. Briquet en a guéri plusieurs avec le nitrate de potasse, et dernièrement encore on a obtenu, à Venise, des résultats tout aussi satisfaisants à l'aide de simples onctions d'axonge pure à la surface du corps; c'est-à-dire que, quelque temps avant le retour de l'accès, on frictionnait le corps des malades avec une centaine de grammes (3 à 4 onces) d'axonge, et le paroxisme était d'abord dérouté, puis prévenu complétement par la seule action du corps gras, et l'on sait que cette action est hyposthénisante vasculaire, ainsi que nous l'avons démontré dans un article spécial que nous avons donné sur l'action de ces corps (t. 2, p. 136). Il est donc manifeste que la digitale ne guérit que lentement la fièvre intermittente et jamais aussi complétement que le sulfate de quinine, bien qu'à la rigueur on peut lui accorder quelque mérite comme à plusieurs autres remèdes hyposthénisants, tels que la scille, etc., etc. En résumé, on le voit, la publication de M. Bouillaud sur cette question, non seulement elle n'ajoute rien aux connaissances acquises depuis longtemps, mais encore elle offre des défauts essentiels, graves, que nous avons dû relever dans l'intérêt de la science.

L'*acide arsénieux* a été, ainsi que nous l'avons déjà dit, employé dès le dix-septième siècle contre la fièvre intermittente, et puis successivement et sans interruption jusqu'à nos jours. M. Gintrac, de Bordeaux, a rappelé que, dès 1684, Lentilius s'en était déjà servi contre cette maladie; que Melchior Frick en 1700, Fowler en 1786, Brera plus tard, et puis plusieurs médecins français au commencement du dix-neuvième siècle, surtout Fodéré et M. Gase, l'ont employé sur un très grand nombre de malades. Nous trouvons dans la Médecine légale de Fodéré, t. 3, p. 450, les lignes suivantes : — « J'ai publié moi-même, dit l'auteur, sous le titre de : Recherches expérimentales sur les fièvres d'accès et sur les succédanés du quinquina, Marseille 1810, un grand nombre d'expériences faites avec l'arséniate de soude; et des milliers de faits qui ont succédé à la publication de mon ouvrage (l'été et l'automne de 1810 ayant été très fiévreux) attestent l'utilité et l'inocuité de cette préparation entre des mains prudentes. » — Dans un livre italien, peu connu en France, intitulé : Annotazioni di medicina pratica, par Acerbi, méd. au grand hôp. de Milan (1819), on trouve plusieurs cas rapportés avec détail de fièvre tierce, traités avec l'arséniure de potasse, à la dose d'un douzième de grain par jour, dans une livre d'eau, avec addition de sirop de guimauve; mais les résultats n'ont pas paru aussi satisfaisants que par le quinquina; cependant quelques malades ont bien guéri. Enfin M. Gintrac vient de publier, dans le dernier numéro du Journ. de méd. de Bordeaux (octobre), un compte-rendu de 33 cas de fièvre intermittente traités par lui à l'aide de l'acide arsénieux, à la dose d'un centig. (1/5 de grain) par jour, dans 100 gm. (3 à 4 onces) d'eau distillée. Ces 33 cas se trouvent partagés en quatre catégories. 1re *Catégoire*, 6 cas, fièvre tierce ou quotidienne, accès bien constatés, *guérison complète* en deux, trois jours. — 2e *Catégorie*, 7 cas, fièvre quotidienne simple ou double, fièvre tierce, plusieurs sont des récidives; l'arsenic a coupé les accès à la cinquième ou sixième dose, mais les malades n'ont pas paru guéris, une petite fièvre continue ayant succédé à l'intermittente; il a fallu employer les antiphlogistiques ordinaires ou le sulfate de quinine pour achever la cure chez six; chez le septième, malgré ces moyens, les lésions viscérales ont marché : hydropisie ascite et thoracique, avec œdème aux membres; le malade est resté dans cet état à l'hôpital. Dans cette catégorie, l'arsenic a sans doute été avantageux, mais son effet n'a *pas été aussi complet* que chez les malades de la catégorie précédente. — 3e *Catégorie*, 4 cas, types quotidien, tierce, quarte, ayant déjà eu la même maladie quelques mois auparavant. Arsenic continué pendant huit jours, guérison apparente; quelques jours après, *récidive*. On a eu recours au sulfate de quinine, et la guérison a été complète et durable. — 4e *Catégorie*, 16 cas, l'arsenic a été continué pendant plusieurs jours *sans succès*; le mal avait paru s'amender, mais il a fallu se hâter de recourir au sulfate de quinine pour en triompher. Ces faits, au reste, sont rapportés avec si peu de détails, qu'on ne peut bien apprécier la véritable valeur de chaque cas, puisqu'on ne dit pas quel était l'état des organes chez chaque malade. Voici, au surplus, la conclusion de M. Gintrac : — «Je pense, dit-il, qu'un médicament qui, dans le traitement des fièvres intermittentes, ne produit d'heureux résultats que chez le cinquième environ des individus qui en font usage, ne peut passer pour un bon remède. L'arsenic ne supporte pas la comparaison avec les préparations de quinquina.»

Arséniate de quinine. — Les journaux italiens parlent depuis quelque temps d'un nouveau composé d'arsenic,

l'arséniate de quinine, qu'on a mis en usage avecs succès en Italie, dans des cas surtout opiniâtres de récidives répétées de la fièvre. Le docteur Bartoloni a publié dix observations dans un journal intitulé : *Il Métamorfico*. D'autres l'ont été par le docteur P. La-Cava. On en trouve un extrait assez détaillé dans la *Gazetta Toscana delle scienze medico-fisiche* du 1er octobre dernier. Ce sel a été obtenu par M. Berzelius en faisant agir directement le quinine sur l'acide arsénieux. M. La-Cava s'est assuré qu'en opérant de la sorte, on ne pouvait que difficilement obtenir un arséniate parfaitement neutre. Il s'y est donc pris d'une autre manière : il a fait bouillir pendant longtemps une solution de bi-arséniate de potasse avec du sulfate basique de quinine du commerce; il a fait évaporer le mélange jusqu'à siccité au bain-marie, ou bien en laissant la capsule à l'air chaud après l'ébullition dont on vient de parler. Après cette dessiccation, il a traité le résidu avec de l'alcool à 0,95, qui a dissout l'arséniate de quinine. De cette manière, il a séparé le sulfate de potasse qui s'était formé par la réaction du bi-arséniate de la même base sur le sulfate de quinine. Il a alors filtré la solution, et l'a fait évaporer jusqu'à cristallisation du sel de quinine. — L'arséniate de quinine est très soluble dans l'eau bouillante, et peu soluble dans l'eau froide. La solution faite à chaud cristallise par le refroidissement. Si la solution est saturée, en se refroidissant, elle s'épaissit tellement qu'elle semble solidifiée. Les cristaux sont plus parfaits et plus gros quand la solution faite à chaud n'est pas saturée. L'alcool en dissout une plus grande quantité que l'eau, et aussi plus à chaud qu'à froid. En chauffant un peu d'arséniate de quinine sur une lame de platine, il se fond et se colore d'un beau rouge, mieux que le sulfate de quinine qu'on expose à la même action. C'est à l'illustre chimiste napolitain, M. Sementini, qu'on doit la connaissance de cette propriété du sulfate de quinine; ce sel se liquéfie par la chaleur et devient rouge ; il est alors très promptement soluble dans l'eau ; la solution est de couleur pourpre. Il serait important de savoir quels changements subit intrinsèquement ce sel par l'action de la chaleur. En continuant l'opération sur l'arséniate de quinine, on le voit devenir tout à fait liquide et exhaler une fumée blanche, d'une odeur particulière, dans laquelle on distingue l'élément alliacé propre à l'acide arsénieux. Soumis à la réaction du nitrate d'argent, le nouveau sel donne un précipité blanc-roussâtre, qui devient ensuite couleur tabac. Cette coloration est différente de celle que produit le nitrate d'argent sur l'acide arsénieux, et qui est, comme on sait, d'un rouge-brique. Pour distinguer l'arséniate de quinine du sulfate de cette base, il suffit de ces deux caractères, savoir, l'odeur alliacée et la coloration par le nitrate d'argent. Pour savoir si l'arséniate de quinine est pur, il suffit de s'assurer s'il se dissout complétement dans l'alcool ; il ne doit donner aucun précipité ni avec le chlorure ni avec l'acétate baritique, et le précipité qu'il forme avec l'ammoniaque doit se dissoudre dans un excès de ce réactif ; en le brûlant sur une lame de platine, il ne doit pas laisser de résidu.

Les faits de M. Bertoloni sont assez remarquables. Dans l'un, il s'agit d'un homme, âgé de 45 ans, atteint depuis plusieurs mois d'une tierce double, guérie et reproduite cinq fois de suite, malgré le citrate de quinine, puis le sulfate de cette base et le quinine pur. Le mal reparaissait pour la sixième fois; on lui a prescrit 5 centig. (1 grain) d'arséniate de quinine, divisé en douze parties égales, à prendre six le premier jour, et les six autres le lendemain (un paquet d'heure en heure pendant l'apyrexie). La fièvre a été coupée sans retour le jour même de l'administration du 12e paquet Il est à remarquer que le médicament a fait disparaître, en même temps que la fièvre, l'obstruction de la rate et du foie dont ils étaient atteints.— Dans le second cas, il s'agit d'une jeune personne, âgée de 21 ans, atteinte depuis un mois de tierce double, qui avait opiniâtrement résisté au citrate et au sulfate de quinine, ainsi qu'au quinquina, le mal ayant constamment récidivé après chaque traitement. La dernière récidive avait été violente et avait entraîné l'avortement au deuxième mois de la grossesse. On a administré l'arséniate de quinine comme dans le cas précédent, et le résultat a été aussi heureux par la même dose, la fièvre ayant complétement disparu et la femme s'étant bien portée depuis. Ainsi de suite des autres cas ; il n'a même pas été nécessaire de donner les douze paquets, huit ayant suffi pour la guérison, c'est-à-dire 2/3 d'un grain. Chez d'autres, quatre paquets, savoir 1/3 de grain d'arséniate de quinine ont procuré le même bienfait. L'auteur insiste sur la propriété qu'a le médicament de combattre les obstructions viscérales qui accompagnent la fièvre. Jamais ce nouveau sel n'a offert d'accident jusqu'ici, même à la dose de 1/3 de grain pris en une fois. Il est prudent cependant de le fractionner de la manière ci-dessus indiquée. Sur 100 cas qui se trouvaient de la troisième à la sixième récidive, l'auteur en a guéri radicalement plus de 90, dit-il, à l'aide de ce médicament, et jamais il n'a été obligé de dépasser la dose de cinq centig. (un grain). — L'arséniate de quinine paraît déjà, d'après ces faits, un médicament digne d'attention ; il pourrait peut-être remplacer avantageusement le sulfate de quinine. Nous disons *avantageusement*, à cause des doses minimes qu'il faut pour couper la maladie. Il y aurait là, comme on le voit, économie d'abord, puis une puissance plus grande que par le sulfate, et enfin de meilleures conditions de tolérance, vu les doses minimes dont on aurait besoin. Dans les pernicieuses surtout, où il faut frapper promptement et énergiquement sous peine de mort, l'arséniate serait peut-être un véritable remède sans pareil. Il serait vivement à désirer que ce sel fût expérimenté en grand dans diverses localités ; sa préparation est facile, comme on vient de le voir ; son prix ne doit pas être plus élevé que le sulfate de quinine, et avec une petite provision on pourra traiter dans les campagnes un très grand nombre de malades. — Au prochain numéro, le résumé et les conclusions des six articles précédents.

Hémorrhagie cérébrale. — A l'occasion d'une malade hémiplégique que nous observions dernièrement dans le service de M. Magendie, à l'hôtel-Dieu, ce savant avait la bonté de nous faire remarquer que, d'après ses recherches, l'hémorrhagie cérébrale se rattache constamment à des ossifications artérielles qui s'ébrèchent sur une partie latérale. M. Magendie regarde ces ossifications comme des produits naturels de l'âge. Cette doctrine est aujourd'hui professée par tous ceux qui ont embrassé exclusivement le système de la médecine physique. — Les médecins dynamistes cependant rattachent les ossifications, ou plutôt la lithiase artérielle, à un travail préalable de phlogose sourde ; ils y voient par conséquent une sub-artérite capillaire, laquelle produit tantôt des concrétions terreuse, tantôt des ramollissements. C'est incontestablement le même travail qui occasionne, chez les aliénés et les épileptiques, des concrétions lithiques ou ossiformes dans les membranes encéphaliques ; et chez d'autres, des indurations à la plèvre, au péritoine, dans les ovaires; et la gravelle ou des graviers dans les reins, etc. On ne comprend pas, sans l'intervention d'un travail dynamique morbide, comment les artères pourraient s'ossifier chez des sujets jeunes qu'on voit frappés d'apoplexie. D'ailleurs il est loin d'être démontré que l'ossification artérielle soit une cause constante des apoplexies spontanées. L'artérite est prouvée, au surplus, par l'état couenneux du sang et par les symptômes qui précèdent souvent l'hémorrhagie.

CLINIQUES MÉDICALES.

QUESTIONS SPÉCIALES.

—

Fièvres. — Diabète. — Diarrhée.

La fièvre typhoïde sévit en ce moment à Paris plus largement que les mois derniers; les hôpitaux contiennent un grand nombre de ces malades des deux sexes. L'intensité de l'affection néanmoins, quoique grande chez quelques uns, ne l'est pas cependant au point de devenir réfractaire aux ressources de l'art. Généralement, en effet, ces malades guérissent, et l'on peut dire qu'en ce moment la mort est l'exception, la guérison la règle, quelle que soit d'ailleurs la méthode employée, même l'expectation pure et simple. L'expectation est suivie à l'Hôtel-Dieu par M. Magendie, et les résultats qu'il obtient en ce moment sont vraiment remarquables, puisqu'il perd à peine un malade sur 30 ou 40. On se tromperait cependant si l'on croyait que ce médecin ne prescrit absolument aucun remède contre cette affection. La diète, les boissons rafraîchissantes d'abord, puis un purgatif de temps en temps, des lavements, des cataplasmes, de l'eau de laurier cerise, à la dose de 8, 12, 15 gram. (2, 3, 4 gros), de l'eau nitrée, de l'acétate d'ammoniaque dans quelques cas, enfin, lorsque la période de prostration arrive, il prescrit du vin de Bagnols dans de la limonade et des bouillons ou des potages. Jamais d'évacuation sanguine, ni par la lancette, ni par les sangsues, ni par les ventouses. Le mal parcourt lentement ses périodes, les malades passent par tous les degrés de la stupeur, du délire, du dévoiement et de la prostration, puis ils reviennent petit à petit et ils finissent par guérir. M. Magendie prend de grandes précautions pour prévenir les escarrhes de décubitus; il fait placer le siége des malades dans le creux formé par deux oreillers remplis de balle d'avoine et couverts d'une toile cirée et d'une alèze; il leur fait aussi, comme moyen prophylactique, frotter le sacrum avec de la poudre de vieux bois ou de licopode, dont on se sert pour prévenir l'excoriation des aînes chez les petits enfants. M. Magendie professe que la saignée est nuisible dans la fièvre typhoïde, et inutile dans la plupart des autres maladies; aussi n'y a-t-il presque jamais recours dans son service à l'Hôtel-Dieu; il ne croit pas à l'action des médicaments, si ce n'est dans quelques cas très exceptionnels, et il n'attache pas d'importance à ceux dont nous venons de parler, à l'exception de la diète, de l'eau et du vin. Pour M. Magendie, la fièvre typhoïde n'est qu'une maladie du sang, et il croit inutile, sinon nuisible, d'opposer une autre prescription que celle qu'il suit. Selon lui, la nature se suffit, et l'art ne saurait mieux faire qu'elle dans le traitement de cette maladie. La seule conséquence qu'il est permis de tirer de cette manière de voir, en présence des résultats qu'obtient M. Magendie, c'est que le mal n'est pas très grave de lui-même, puisque la nature se suffit malgré l'emploi des boissons vineuses. On peut déduire pareillement que dans l'esprit de M. Magendie, la prostration dans la fièvre typhoïde émane d'une faiblesse réelle (asthénie directe), puisqu'il prescrit un alcoolique. Nous nous bornons ici à raconter les faits sans les juger en ce moment.

M. Rayer, à la Charité, n'emploie qu'exceptionnellement la saignée, dans le traitement de la fièvre typhoïde. Il saigne au début, une, deux fois du bras, les individus seulement qui présentent avec la fièvre une bronchite intense ou une autre inflammation thoracique franche. La bronchite accompagne fréquemment la fièvre typhoïde; mais son intensité est très variable. Le traitement adopté par M. Rayer consiste dans l'usage de purgatifs salins répétés, de boissons rafraîchissantes et de la diète. Tous les malades que nous lui avons vu traiter de la sorte ont guéri, et il est rare que cette méthode échoue entre ses mains, un grand discernement dictant ses prescriptions. Nous croyons avoir remarqué que les malades traités de la sorte guérissaient plus vite que ceux de l'Hôtel-Dieu, auxquels on administrait de la limonade vineuse. On avait voulu essayer les saignées coup sur coup, mais les résultats ont été si peu encourageants qu'on a dû y renoncer. — M. Briquet, à l'hôpital Cochin, a adopté depuis quelques temps la méthode suivante, et il s'en trouve assez bien; il prescrit tout d'abord un émétocatartique, composé de 5 centigr. (1 grain) de tartre stibié, et d'un gramme (20 grains) d'ipécacuanha; puis un purgatif salin tous les jours (sulfate de magnésie). Les malades parcourent les périodes ordinaires de l'affection, et ils finissent par se rétablir généralement.

—Dans le service de M. le professeur Andral, à la Charité, on compte en ce moment plus de vingt cas de fièvre typhoïde, presque tous sont des hommes. Ce praticien suit à peu près la méthode expectante comme M. Magendie; dans quelques cas, cependant, il pratique une petite saignée, c'est lorsqu'il existe dans la poitrine ou ailleurs des signes manifestes de phlogose. — A l'hôpital Saint-Antoine, M. Guérard a eu des cas de typhoïde accompagnés de selles mélaniques abondantes (garde-robes sanguines); il a traité ce symptôme avantageusement, à l'aide de lavements vinaigrés froids et de fomentations froides sur le ventre et les membres, en enveloppant toutes ces parties dans un drap trempé dans de l'eau de fontaine et convenablement exprimé.

On ne doit pas se le dissimuler, la manière de traiter la fièvre typhoïde, et qui semble triompher puisque qu'on ne perd que très peu de malades, est insuffisante dans des époques où le mal est autrement grave; les praticiens des hôpitaux en conviennent eux-mêmes, puisqu'il est des temps où la mortalité est grande, malgré l'emploi de la même méthode. Aucun principe scientifique bien basé ne dirige ce traitement, et il est facile de voir que c'est plutôt empiriquement et d'après l'apparence de certains symptômes d'une valeur contestable qu'on prescrit soit les purgatifs, soit les vomitifs, soit les saignées, soit les boissons vineuses, etc. Il est évident pour nous que la maladie est mal comprise, et les indications thérapeutiques, par conséquent, mal posées; ces indications sont d'ailleurs nulles, d'après les idées dominantes; aussi se résigne-t-on généralement à une médication négative ou presque expectante. Ce qui domine, ce qui écrase tout de nos jours à l'égard de

cette affection et de plusieurs autres, c'est l'humorisme, le *physicisme*, le *chimisme* brut, qu'on s'efforce d'importer dans l'organisme vivant. On prend les effets secondaires des maladies pour l'affection elle-même, et, tandis qu'on se laisse gouverner par les vieilles erreurs sur l'action des médicaments, on arrive ainsi, par des théories *a priori*, à une thérapeutique nulle. La question de la fière typhoïde fera naturellement partie de la série d'articles que nous donnons en ce moment sur les fièvres.

— **Le diabète sucré** s'observe assez souvent dans les hôpitaux de Paris; on en voit deux exemples en ce moment à la Charité, l'un dans le service de M. Rayer, l'autre dans celui de M. Andral. M. Rayer a soumis son malade à une série d'expériences dont nous rendrons prochainement compte. Livrons-nous, en attendant, à quelques réflexions préliminaires qui nous mettront dans la voie de bien saisir peut-être la valeur des faits que nous aurons à rapporter. Cette maladie a fourni depuis longtemps, mais surtout de nos jours, matière à une foule de recherches et de théories. Quelques chimistes, qui font de la médecine un jeu de cornues, s'en sont mêlés, et ils ont fait prévaloir des théories singulières, lesquelles ont conduit à des applications plus ou moins bizarres. La doctrine dominante depuis quelque temps, c'est, comme on sait, que le glucose ou sucre de raisin qu'on rencontre dans les urines des diabétiques, arrive tout formé dans les reins par la conversion de la fécule des aliments en sucre dans l'estomac et dans les voies chylifères; de telle sorte que si les malades consentent à se priver d'aliments féculents, pour s'en tenir à l'usage exclusif de la viande, des œufs, du poisson, de certains légumes dépourvus de fécule, tels que les épinards, l'oseille, la chicorée, le cresson, etc., le sucre disparaît dit-on, de l'urine. M. Bouchardat, auteur de cette théorie, ne veut même pas qu'on supprime complétement les aliments féculents pour que le sucre disparaisse et que la maladie guérisse; « il suffit, dit-il, de les supprimer *presque complétement*, pour que les urines reviennent peu à peu à leur quantité et à leur composition normale. » Ce chimiste a proposé, en dernier lieu, de joindre à cette alimentation l'usage du pain de gluten, sorte de galette-carton, sur laquelle M. Bouchardat a raconté des merveilles à l'Académie des sciences. M. Magendie a adopté de tout point une pareille doctrine. M. Rayer cependant s'est tenu dans une sage réserve, sachant par expérience combien les théories du laboratoire sont fallacieuses dans l'application clinique. La généralité des médecins néanmoins y croit, et le pain de gluten est devenu une sorte de spécialité pour une boulangerie de Paris; on en expédie pour les provinces et pour l'étranger en assez grandes proportions!

Ainsi, d'après M. Bouchardat, la source de cette maladie générale, si formidable, qui entraîne l'atrophie de l'organisme et la phthisie, ne serait qu'un symptôme d'une digestion imparfaite dans laquelle les aliments féculents se convertissent en sucre. Si cela était exact, il resterait toujours à déterminer quelle est la condition morbide qui convertit ainsi les aliments féculents en sucre, autrement on ne comprendrait pas comment le même phénomène n'aurait pas lieu durant l'état normal. Que signifie maintenant l'espèce de régime bizarre proposé par M. Bouchardat pour guérir le diabète? Quoi! une maladie si grave guérirait sous l'influence d'une médication négative, c'est-à-dire nulle! Il était facile de prévoir l'inanité de pareilles élucubrations, et l'observation clinique a bientôt donné un solennel démenti à un pareil système. M. Rayer a déclaré formellement en présence des jeunes médecins et élèves qui suivent sa visite que, dans le nombre considérable de diabétiques qu'il a l'occasion de traiter chaque année, il n'en a pas encore vu un seul guérir, quelle que fût d'ailleurs la méthode qu'il ait suivie. La plupart de ces malades deviennent tuberculeux et succombent à la phthisie. La théorie de M. Bouchardat d'ailleurs a été complétement démentie par les expériences faites à Florence par M. Capezzuoli, et que nous avons fait connaître avec détail (voy. Ann. de thér., t. 2, p. 216). Il résulte de ces expériences qu'en soumettant les malades à un régime exclusivement animal, avec ou sans quelque petit morceau de pain, le sucre persiste dans l'urine, il ne disparaît point, et sa proportion offre alors des variations comme quand les malades sont tenus au régime mixte; il y a eu même ceci de remarquable dans un cas (3e obs.) que le malade n'a présenté la plus forte proportion de sucre que quand il a passé du régime commun à l'alimentation *exclusivement* animale. En général, la quantité des urines diminue par le régime animal; mais le sucre persiste et la maladie suit son cours jusqu'à sa terminaison fatale! Il est donc complétement illusoire de prêter l'oreille à ces rêves du laboratoire, les lois qui régissent la matière vivante étant essentiellement différentes, souvent même opposées à celles qui président aux combinaisons de la matière brute. C'est malheureusement cette croyance qui a faussé, ruiné la thérapeuthique et la toxicologie, et c'est aussi ce pitoyable système qu'on s'efforce d'enter aujourd'hui à la pathologie qui enfante chaque jour de ces doctrines humorales ou physico-chimiques, lesquelles détournent la médecine de la voie d'observation clinique, pour la conduire à l'absurde.

Quand on étudie le diabète cliniquement (et c'est la seule manière qui peut conduire à quelques conséquences pratiques réelles), nous voulons dire, au double point de vue de la physiologie pathologique et de l'expérience thérapeutique qui en est une conséquence, on arrive d'abord à cette conclusion : que la maladie n'est pas dans le sucre, ni dans la quantité des urines rendues, ni dans la soif, ni dans la faim, ni dans la maigreur progressive. Ce sont là, en effet, des résultats secondaires, des produits de conditions organiques qu'il s'agit de trouver, de définir, soit à l'aide de l'anatomie, soit au moyen de la physiologie morbide ou de l'expérience empirique. Il faut en conséquence remonter au delà du cercle des données chimiques, pour arriver à quelque chose de pratique. L'anatomie n'a jusqu'ici conduit à rien à cet égard, ou du moins elle a signalé un état négatif des organes, ce qui est déjà une donnée de quelque valeur, en ce sens qu'elle conduit à chercher la condition pathologique dans l'état dynamique de certains éléments organiques que le scapel n'a pas interrogé jusqu'ici, et auxquels nous allons arriver à l'aide du flambeau de

la physiologie pathologique. Si l'on appelait cela de l'hypothèse ou de la théorie, nous renverrions une pareille épithète à la physiologie pathologique elle-même que nos maîtres nous enseignent comme une science incontestable. Trois phénomènes dominent toute la pathologie du diabète : une sursécrétion urinaire, un travail de désassimilation générale et une faiblesse générale de l'arbre vasculaire, caractérisable à l'état du pouls, à la lassitude, à la mollesse et à la pâleur des tissus, etc. La soif, la faim, la maigreur et la sécheresse de la peau, ne sont que des effets du travail désassimilateur, travail dont il reste d'ailleurs à déterminer le moteur. Disons seulement, en passant, à ce dernier sujet, qu'une soif inextinguible, sans fièvre, et une maigreur excessive, s'observent constamment aussi toutes les fois que l'arbre vasculaire est hyposthénisé par certaines substances, telles que l'arsenic, le sublimé, le sel marin, les acides, etc. Le mucus sécrété par les glandes et follicules bucco-œsophagiens, est promptement résorbé, ce qui occasionne une faiblesse, un besoin vif de prendre de l'eau, et cette eau ne fait qu'aggraver fâcheusement la maladie, son action étant hyposthénisante, ainsi que nous l'avons prouvé expérimentalement. La maigreur prompte, la crispation, la sénilité presque instantanée de la peau, de la physionomie et la raucité sépulcrale de la voix tiennent à la faiblesse et à la suspension de la fonction assimilatrice dévolue au système capillaire; de là aussi, la faim dévorante, etc. Si l'on examine à présent le phénomène rénal auquel on attache le plus d'importance, il est facile de comprendre qu'un excès de sécrétion d'urine exclue déjà toute condition d'irritation, d'excitation réelle de reins, l'urine étant rare dans de pareils états comme dans tout état d'excitation vasculaire général, par exemple, dans la fièvre, dans les inflammations, etc. Un excès de sécrétion d'urine suppose inévitablement des conditions d'affaissement, d'asthénie des vaisseaux rénaux. La peur, l'effroi, les substances salines, les eaux minérales dont l'action est hyposthénisante vasculaire, ne provoquent pas autrement la sécrétion urinaire que par leur effet d'affaissement sur les parois vasculaires. On comprend au reste, *a priori*, et l'expérience est parfaitement d'accord avec la théorie à cet égard, que le liquide aqueux ne s'échappe des vaisseaux qu'autant que les parois de ceux-ci sont flasques, que leurs pores sont béants ; c'est ce qui a lieu après les fièvres lorsqu'une détente salutaire se manifeste dans le système vasculaire. On sait, d'autre part, que les reins ne sont constitués que par un entrelacement indéchiffrable de vaisseaux, véritables ganglions vasculaires dont la fonction est beaucoup plus simple que celle du foie, des testicules ou des glandes salivaires, et qui est, par cela même, sous la dépendance immédiate du dynamisme de l'arbre artériel. Nous pourrions développer longuement cette thèse et l'entourer d'une foule de preuves incontestables qui, tous, conduisent à cet e conséquence : qu'en tant que phénomène morbide, une sursécrétion urinaire se rattache *inévitablement* à une condition asthénique de l'arbre vasculaire rénal. Circonstance importante qui coïncide parfaitement avec un état pareil du pouls et du système capillaire qui préside à l'assimilation.

Il résulte de cette analyse physiologique des phénomènes principaux du diabète, que la condition pathologique de cette affection peut être définie : un état asthénique de l'arbre vasculaire, en particulier du système capillaire rénal. C'est, comme on le voit, l'inverse de la chlorose. L'anatomie pathologique qu'y a-t-elle constaté d'ailleurs? Rien, si ce n'est la flaccidité des tissus, de la mollesse et de la blancheur dans les vaisseaux. Ce sont là des caractères propres à l'asthénie vasculaire chronique. Ce qui confirme d'ailleurs cette manière de voir, c'est que les diabétiques tolèrent étonnemment les excitants, tels que l'opium et les alcooliques. M. Rayer a des malades en ville qui boivent deux bouteilles de vin de Bordeaux par jour, sans éprouver le moindre signe d'ivresse ; circonstance importante qui conduit à formuler les véritables indications thérapeutique du diabète. Quant à la cause d'une pareille condition, nous n'essaieront pas de la déterminer, mais nous n'hésiterons pas à formuler la médication qui nous paraît parfaitement indiquée contre le diabète. Cette médication est stimulante, basée sur les remèdes dont l'action élective porte sur le système vasculaire, tels sont les alcooliques et la canelle. Le rhum surtout, coupé avec l'eau de canelle, la canelle fine qu'on ferait mâcher sans cesse et dont l'usage provoquerait une sécrétion de salive, ce qui diminuerait le sentiment de la soif, et par conséquent le besoin de boire de l'eau qui est incontestablement nuisible ; diverses autres préparations alcooliques, telles que le kirchwasser, la bonne eau-de-vie commune, les vins d'Espagne, surtout le Madère seraient parfaitement indiqués. Il importerait de porter la dose de ces remèdes jusqu'au maximum de tolérance, ce qui exige, comme on le voit, de la surveillance. Les teintures opiacées se présentent sur la même ligne que les moyens précédents, et l'on sait qu'elles ont déjà donné d'assez bons résultats. Qu'on ne s'illusionne pas relativement au quinquina, au fer, aux amers, etc., ces substances n'étant ni excitantes ni toniques. Nous en dirons autant des eaux minérales proposées par M. Rochoux, et qui ne peuvent que nuire singulièrement aux diabétiques. Quant au régime alimentaire, il doit être substantiel, entremêlé comme dans l'état sain, aromatisé souvent au vin, au rhum, à la canelle, et sans aucun égard aux présomptions chimiques auxquelles on s'est arrêté jusqu'ici, par la raison que c'est l'état fonctionnel des organes malades qu'il s'agit de rétablir pour guérir l'affection, et non le fait secondaire de la sécrétion urinaire qui cesse de lui même dès que la condition pathologique fondamentale est détruite. L'usage du pain de gluten et l'abstinence des éléments nécessaires à une bonne assimilation ne peuvent que nuire considérablement aux diabétiques. Nous reviendrons sur cette importante question. — *P. S.* M. le professeur Andral a soumis sa malade diabétique qu'il traite en ce moment dans son service, à l'usage exclusif des viandes, du poisson, des œufs et du vin : l'urine a un peu diminué, mais la proportion du sucre est restée la même à peu près, si elle n'a même pas augmenté. C'est là un bel exemple qui démontre l'inanité de la médecine physico-chimique, autrement dite *exacte*.

La diarrhée, phénomène concomitant d'une foule de maladies, est diversement comprise, diversement traitée dans les hôpitaux. Partout on s'accorde à for-

muler des remèdes particuliers contre elle ; mais on ne s'explique guère sur les véritables conditions qui la produisent. Ici, elle complique la fièvre continue, et c'est le cas le plus fréquent ; là, elle accompagne la fièvre intermittente, les inflammations viscérales de la poitrine ou du ventre ; à côté, ce sont des tuberculeux qui la présentent, etc. Il est certain que les conditions de sa déclaration ne sont pas les mêmes dans tous les cas, et que le traitement veut être très varié selon les occurences. Les idées qu'on professe à cet égard, et surtout les prescriptions qu'on a communément adoptées, laissent peut-être à désirer ; et comme on attache beaucoup d'importance à ce phénomène, nous avons cru de quelque utilité de nous y arrêter quelques instants. En général, on prescrit des topiques réputés astringents et des boissons de même espèce, et l'on ajoute quelquefois de l'opium pour apaiser, dit-on, l'action trop contractile de l'intestin. En première ligne, on voit ordonner des demi-lavements d'une solution d'amidon, avec ou sans un jaune d'œuf, avec ou sans quelques gouttes de laudanum. Des boissons d'eau de riz, des boissons gommeuses sont également prescrites. Viennent ensuite le diascordium, des pilules de morphine. M. Rayer a adopté, depuis quelque temps, le sous-nitrate de bismuth mêlé à de la poudre de charbon, à la dose de 20, 30, 50 centig. de chaque par jour (4, 6, 10 grains), divisé en plusieurs paquets, et donnés à diverses distances dans le courant des 24 heures ; il s'en est bien trouvé généralement chez les typhoïques et les phthisiques. Les médecins anglais donnent, comme on sait, le calomel par petites doses dans ces cas, avec ou sans opium, et en le combinant quelquefois avec l'ipécacuanha. Ces prescriptions peuvent être parfaitement indiquées dans un grand nombre de diarrhées, mais il est évident que tant qu'on ne précise la véritable condition pathologique qui produit le phénomène en question et la véritable action dynamique des remèdes ci-dessus, on n'agira qu'empiriquement, et l'on s'exposera à rester au dessous du mal, sinon à nuire quelquefois.

A un point de vue général, le phénomène dont il s'agit exprime un état de surexcitation morbide de la muqueuse et des follicules de l'intestin. La condition pathologique qui préside à une pareille surexcitation offre deux variétés essentiellement distinctes. Dans l'une, l'intestin est blanc, mou, ou bleuâtre par une sorte de stase veineuse, mais sans trace de véritable inflammation : c'est ce qui a lieu dans la diarrhée asthénique, par suite d'empoisonnement chronique à l'aide de substances minérales (arsenic, calomel, sublimé, tartre stibié, etc.), ou d'une médication antiphlogistique outrée, par des préparations iodées, de ciguë, certains acides, etc., ainsi que nous en avons vu des exemples, et que nous l'avons produit artificiellement sur les animaux. Dans l'autre variété, la diarrhée se rattache à des conditions hypersthéniques de l'intestin, et l'autopsie fait constamment reconnaître un état phlogistique à des degrés divers depuis la simple congestion de la muqueuse jusqu'à l'ulcération perforante, avec ou sans tubercules qui constituent une condition mécanique propre à provoquer des congestions inflammatoires. On peut établir cliniquement ces deux espèces fondamentales de diarrhée d'après l'état fondamental de l'organisme. La diarrhée la plus commune appartient à la seconde catégorie, et elle est toujours hypersthénique chez les sujets pyrétiques, chez les convalescents de maladies inflammatoires, chez les sujets jeunes qui n'ont pas été exposés aux causes toxiques ou hyposthénisantes dont nous venons de parler. Le caractère essentiel de la diarrhée asthénique ou passive, c'est d'exister toujours sans fièvre, avec des sueurs froides, un pouls petit, des vomissements quelquefois, une lassitude générale extrême, etc.

Il suit de ces simples remarques que les indications thérapeutiques que présente la diarrhée sont loin d'être les mêmes dans tous les cas, et que ce serait une grave faute d'opposer à la diarrhée véritablement asthénique les mêmes remèdes qu'à la diarrhée commune. La glace, la diète et l'eau, qui sont si utiles dans la diarrhée inflammatoire, ne font qu'augmenter l'autre espèce. On doit tenir comme un principe fondamental qu'une diarrhée, quelle qu'elle soit, ne peut être arrêtée par l'art ou par la nature qu'autant que la condition dynamique de l'intestin qui provoquait la sursécrétion aura été dissipée. Or, que peuvent-ils dans ce but des moyens sans action dynamique, tels que les lavements d'amidon, les boissons gommées ou d'eau de riz? L'opium constipe, il est vrai, dans l'état normal, par son action stimulante qui dérange l'action intestinale ; mais quand une sub-phlogose ou des ulcérations sont la cause déterminante du dévoiement, ce remède ne peut que nuire évidemment, et l'expérience confirme chaque jour ces prévisions. On comprend, d'autre part, comment le calomel, l'ipécacuanha, le bismuth, le diascordium, donnés par bouche, arrêtent ou modifient heureusement la diarrhée hypersthénique, en vertu de leur action hyposthénisante qui combat la condition morbide et ramène ainsi la fonction de la muqueuse à son rhythme normal. C'est ainsi aussi qu'un collyre de nitrate d'argent arrête une épiphora inflammatoire, et que des lavements contenant une certaine dose de ce même sel ont souvent épuisé promptement des diarrhées rebelles. L'action antiphlogistique des sels d'argent, comme des sels de bismuth, n'est plus douteuse aujourd'hui. Si l'on prescrivait ces mêmes remèdes dans la diarrhée asthénique, on verrait le mal empirer fâcheusement; l'opium, la canelle et les boissons vineuses produisent, au contraire, les plus heureux résultats dans ce cas. On voit déjà que, pour bien traiter le symptôme dont il s'agit, il faut remonter à la condition pathologique et aux données de l'action dynamique, sous peine de s'égarer, de nuire ou de rester dans l'impuissance. — M. le docteur Guérard s'est bien trouvé dernièrement à l'hôpital Saint-Antoine, dans deux cas de dyssenterie, de lavements composés de 0,50 (dix grains) de nitrate d'argent dans 500 gm. (16 onces) d'eau, qu'on injectait en une fois ; le malade le gardait d'un quart d'heure à une demi-heure, plus ou moins. Pour prévenir la décomposition du sel argentique dans la seringue d'étain, on le dissolvait d'abord dans 30 gm. d'eau distillée, puis on le versait rapidement dans l'eau qui était dans la seringue, et on l'injectait à l'instant.

Terminons cet article par quelques mots sur le nitrate de bismuth, puisque M. Rayer le prescrit avan-

tageusement en ce moment à des diarrhéiques par fièvre typhoïde, par phthisie ou par maladies inflammatoires plus ou moins intenses. Il est évident qu'il s'agit ici de diarrhées hypersthéniques; tous ces malades, en effet, se trouvent actuellement ou sortent d'un état inflammatoire plus ou moins grave, dont la diarrhée n'est qu'une dépendance immédiate. Nous ne déduisons pas de là l'action antiphlogistique de l'azotate de bismuth, cette action étant établie par des expériences incontestables sur l'homme sain, sur l'homme malade et sur les animaux. M. Giacomini place le bismuth en tête des hyposthénisants gastriques, et il le recommande comme tel dans toutes les maladies inflammatoires de l'appareil gastro-entérique. « J'ai essayé, dit-il, sur moi-même, le sous-azotate de bismuth à petites doses, savoir, à 10, 20, 40 centig. (2, 4, 8 grains), sous forme de pilules, le matin à jeun. L'effet sensible n'a été qu'une sensation de faim, ou plutôt de vacuité dans l'estomac, que je calmais aussitôt avec quelque peu d'aliments. L'eau simple et le café noir, après avoir assoupi cette sensation pendant quelques minutes, la laissaient reparaître promptement et avec plus de force, au point de déterminer une lassitude extrême. Il m'arrivait souvent d'éprouver une augmentation dans la sécrétion des urines, surtout lorsque je prenais une pilule avant de m'endormir. Pott remarqua que cette substance à fortes doses produisait de l'angoisse, des nausées, des vomissements, des vertiges, de la lassitude, la petitesse et la faiblesse du pouls, des défaillances. Tous ces symptômes caractérisent, pour nous, l'hyposthénie, qu'on peut calmer et détruire au moyen de l'alcool et de l'opium.» Les faits cliniques qui constatent l'action hyposthénisante cardiaque du bismuth sont nombreux et incontestables. Dans le squirrhe de l'estomac, le bismuth apaise la complication inflammatoire. Appelé auprès du duc d'Angoulême à Gœritz, M. Giacomini a prescrit ce remède avec un avantage réel. Dans les gastralgies et les vomiturations des ivrognes, on se trouve parfaitement de la même prescription. Il est, au reste, une foule de travaux concernant l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans la diarrhée et la dyssenterie. On peut hardiment porter, au besoin, les doses de ce médicament à un gramme par jour, mais il est prudent de s'en tenir à des doses inférieures, ainsi que le fait M. Rayer. Ce clinicien combine le bismuth à la poudre de charbon, d'après une formule de M. Récamier; mais il n'attache pas d'importance à l'association du charbon. D'autres avaient combiné le médicament à de la magnésie et à du sucre, et réduit le mélange en pilules. Peut-être est-il plus convenable de donner le bismuth en poudre combiné à un peu de sucre.

Hôpital Cochin. (M. Briquet.)

Phthisie. Tartre stibié. — Plusieurs malades des deux sexes, atteints de tuberculisation pulmonaire à divers degrés, sont en ce moment traités à l'hôpital Cochin, par M. Briquet, à l'aide du tartre stibié, dissous dans un pot de tisane, à la dose de 5 à 10 centig. (1 à 2 grains) par jour, et continué aussi longtemps que la tolérance peut le permettre. Les résultats ont paru vraiment satisfaisants, et la médication est aujourd'hui poursuivie sur un assez grand nombre de sujets. Les malades que nous avons vus dans ce service étaient âgés de 20 à 50 ans, d'un embonpoint encore passable, d'un teint blanchâtre, à chairs molles, d'une physionomie spéciale, à traits effilés et osseux, propres aux phthisiques. Leur tuberculisation était déjà à la seconde période, constatable par la percussion et l'auscultation, s'accompagnant de toux incessante, de fièvre quotidienne chez la plupart, de sueurs nocturnes et de maigreur progressive. D'autres malades avaient déjà été traités par M. Briquet par divers moyens sans le moindre avantage. On a donc commencé l'administration du tartre stibié, d'abord à la dose de deux à trois centig. (demi-grain), puis de plus en plus jusqu'à 10 centig. par jour, et avec une tolérance parfaite, sans vomissements ni dévoiement. Chez la plupart cependant on n'a pu dépasser la dose de cinq centig., des nausées se manifestant au delà de ces quantités. Quelques-uns ont présenté des envies de vomir pendant les premiers jours, puis la tolérance a été établie par la continuation du remède lui-même, et ils ont pu en supporter consécutivement jusqu'à 10 centig. par 24 heures. On est sûr que le remède a été pris exactement, puisque les sœurs du service étaient chargées d'administrer elles-mêmes les prises de la potion. Le remède était donné le soir, par petites doses répétées, précisément aux époques où les accès de toux et de fièvre s'exaspèrent ordinairement chez les phthisiques. Presque tous ces malades se sont parfaitement trouvés du remède, la fièvre, la toux, les sueurs ayant disparu en grande partie sous son influence, le pouls et les forces s'étant relevés, et l'état général s'étant manifestement amélioré au bout de deux, trois ou quatre semaines de ce traitement, qu'on suspend de temps en temps pour le reprendre ensuite.

— Assurément on n'a pas la prétention de guérir, par ce traitement, la condition mécanique de la phthisie, les tubercules constituant par eux-mêmes une altération indélébile dans l'état actuel de l'art; mais il est, dans cette affection, une seconde condition qui est la source des phénomènes propres à la phthisie, et sur laquelle la thérapeutique a une puissance réelle, nous voulons parler de la phlogose sourde que la présence des tubercules et l'action des agents extérieurs, provoquent dans le parenchyme des poumons, dans les extrémités bronchiques, et surtout dans les nombreuses artères de la poitrine. Il en résulte des phénomènes spéciaux, en particulier des symptômes d'artérite capillaire thoracique, caractérisable par la fièvre et les sueurs nocturnes, etc. Ce sont précisément ces phénomènes généraux, inhérents à la phlogose progressive, lesquels joints aux dévastations matérielles du poumon, entraînent les malades au tombeau. Il est donc évident que, combattre efficacement une pareille condition dynamique, c'est paralyser, en quelque sorte, la marche de la phthisie, bien que le fond tuberculeux persiste toujours. Ce fond cependant n'est pas irréconciliable avec la continuation de la vie dans la plus grande majorité des cas. Ajoutons que les tubercules eux-mêmes se forment sous l'influence d'une phlogose sourde (bronchite capillaire), et que combattre celle-ci, c'est prévenir le progrès de la condition mécanique de la phthisie. En conséquence, on doit

attacher de l'importance à une thérapeutique qui a signalé les véritables moyens capables d'attaquer avantageusement la condition dynamique de la phthisie, nous voulons parler des hyposthénisants cardiaco-vasculaires de l'école italienne, savoir, le tartre stibié, le sulfate de quinine, la digitale, le carbonate de fer, la scille, l'acétate de plomb, et plus particulièrement le seigle ergoté à fortes doses et diversement combiné avec les remèdes précédents, avec les vésicatoires volants cantharidés, etc. La solution de ce problème n'est plus pour nous une question; nous avons *arrêté* des phthisies dans des périodes inespérées, et les malades se sont rétablis à l'aide de ces remèdes donnés hardiment à doses répétées jusqu'à la tolérance, ce qui n'entraîne absolument aucun danger. Que certains médecins qui professent l'incurabilité de toutes les maladies chroniques, qui n'admettent d'autres remèdes que la saignée, la diète, l'eau de gomme et les cataplasmes, se révoltent à de pareilles assertions, les taxent même de vision, d'exagération et d'erreur, cela se comprend, attendu qu'ils n'ont jamais employé ces remèdes, ni même fixé leur attention à la manière de les prescrire. Les bons observateurs cependant ne partagent pas heureusement ces désolantes maximes, et ils sauront interroger l'expérience avec indépendance. Là se bornent nos vœux. On croit bien à l'action de l'opium dont on enivre malheureusement les phthiques; on croit aux cautères et aux sétons dont l'action est si nulle chez eux; on croit aux purgatifs, etc. et l'on se refuse ensuite d'expérimenter convenablement des remèdes bien autrement salutaires! N'est-ce pas malheureux pour la science?

Varicelle contagieuse. — C'était une question de savoir si l'espèce d'éruption pseudo-variolique, qu'on appelle varicelle, était contagieuse comme la variole. Plusieurs faits qui viennent de se présenter à l'hôpital Cochin ne laissent pas de doute sur la réalité de cette contagion, plus de six sujets adultes déjà traités dans les salles pour d'autres maladies ayant été attaqués de varicelle plus ou moins confluente, dès que quelques individus atteints de cette affection, venant du dehors, ont été admis dans les salles de cet hôpital. Il est à remarquer que ce sont les sujets couchés dans des lits contigus à ceux des malades venus du dehors qui ont été contagés, et pas les autres; encore cette contagion n'a pas eu lieu dans tous les cas. Il s'est agi chez tous de sujets anciennement vaccinés. Il résulte de là que la contagion par simple miasme atmosphérique, c'est-à-dire sans inoculation directe, a été manifeste, comme s'il se fût agi de la variole; seulement la transmission de la maladie n'a pas eu lieu indistinctement chez tous les individus exposés à la même influence. Par suite de ces entrées et de ces transmissions de la varicelle, cette affection règne presque épidémiquement en ce moment à l'hôpital Cochin. Le mal est grave chez quelques-uns, s'accompagne de symptômes encéphaliques; deux individus avaient déjà succombé dans les salles de M. Blache, et l'on pouvait craindre la même terminaison chez d'autres. M. Briquet s'est parfaitement trouvé du masque de pommade mercurielle et de goudron comme moyen préventif des marques indélébiles des boutons à la figure. Ces marques étaient manifestes chez un individu qui n'avait point été soumis à l'action de ce topique.

— L'opinion généralement professée à l'égard de la varicelle, c'est qu'elle n'est point transmissible par inoculation (Cazenave et Schedel, Abrégé prat. des mal. de la peau). Cette opinion est contestable désormais, puisque les faits précédents prouvent la contagion de la maladie; il est vrai cependant qu'aucune inoculation directe de la matière des boutons n'a été faite chez les malades de l'hôpital Cochin. A part néanmoins la forme des boutons, la maladie ne diffère que par sa marche de la variole et de la varioloïde. C'est évidemment la même affection au fond, et elle doit être traitée comme telle. Nous n'avons pu saisir, au reste, chez les sujets que nous avons vus la forme vésiculeuse de l'éruption, celle-ci ne s'étant présentée que sous l'apparence pustuleuse et papuleuse; la maladie a été fébrile chez tous, et elle n'a régné que sur des sujets adultes. On voit en ce moment, dans tous les hôpitaux de Paris, des varioloïdes assez graves, ce qui paraît confirmer l'opinion qui veut que la varicelle ne règne jamais épidémiquement sans que d'autres éruptions varioliques ou varioliformes se déclarent en même temps dans la même localité. De véritables varioles très graves se rencontrent aussi dans quelques salles.

Hôpital de la Charité. (M. Rayer.)

Eczéma chronique a la mamelle. *Guérison prompte.* — Une femme, âgée d'une trentaine d'années, accouchée depuis huit mois et bien portante d'ailleurs, a vu, il y a trois mois, sa mamelle du côté gauche se couvrir d'une éruption vésiculeuse, précisément au mamelon et dans toute l'auréole mammaire; ces vésicules se sont converties en croûtes, offrant ainsi tous les caractères de la *dartre squameuse humide* d'Alibert. Les plaques occupaient par leur ensemble une étendue égale à une pièce de cinq francs; les alentours étaient légèrement enflammés. Ce mal était venu sans cause appréciable; la femme n'avait pas allaité son enfant; aucune autre éruption n'existait chez elle, et c'était pour la première fois que cette affection se déclarait. M. Rayer a prescrit, ainsi qu'il a l'habitude de le faire contre toutes les éruptions lichénoïdes, un simple pansement à l'aide de l'onguent citrin mélangé à trois parties d'axonge. En deux jours de ce pansement, la dartre s'est trouvée desséchée, desquammée et guérie. — Ce résultat, si prompt, a paru remarquable, en se rappelant que, d'après les dermatologues, l'eczéma chronique de la mamelle est généralement très opiniâtre. L'onguent citrin cependant, affaibli de trois parties d'axonge, a constamment réussi à M. Rayer dans les eczéma, comme dans toute espèce de lichen au tronc ou ailleurs. Il y a donc dans cet onguent une action digne d'attention dans ces affections, ce qui ne veut pas dire que le mal ne pourrait pas guérir également par d'autres moyens. On sait, au reste, que l'élément actif de l'onguent citrin est le deuto-nitrate acide de mercure qui, combiné à la graisse, revient à l'état de sous-proto et de sous-deuto-nitrate. Il est facile de prévoir, d'après cela, que la liqueur caustique qu'on emploie en chirurgie sous le nom de nitrate acide de mercure, agit de la même manière ou à peu près que l'onguent en question. Aussi l'emploie-t-on presque indistinctement dans les ulcères dartreux, dans les dartres rongeantes, en particulier dans le lupus, avec avantage. Nous avons déjà eu l'occasion de faire remarquer que le proto-nitrate

acide de mercure, qui est le même élément de l'onguent citrin, n'agissait si heureusement dans les affections externes qu'en vertu de son absorption dans les tissus malades et de son effet hyposthénisant vasculaire. C'est exactement la même action dans l'eczéma; l'onguent citrin tue, en quelque sorte, la phlogose partielle, la sécrétion croûteuse est enrayée, et le mal guérit. L'onguent a besoin d'être délayé pour rendre nulle son action physico-chimique et son absorption plus facile. Cette doctrine est applicable à tous les onguents énergiques; elle apprend à bien s'en servir. Nous savons bien cependant que le système aveugle des prétendues *spécificités* envahit tout de nos jours!

Dans un cas de psoriasis aux membres supérieurs et inférieurs chez une jeune femme, M. Rayer a prescrit dernièrement la pommade de goudron à la dose de 60 gm. (deux onces) par jour, et la guérison s'est très bien opérée, quoique assez lentement. La proportion du goudron était comme 1 : 5 par rapport à la graisse ; la malade se frottait avec cette pommade sur toutes les parties couvertes d'éruption. Le principe d'action du goudron paraît être la créosote. Il serait donc intéressant de savoir si cette substance incorporée dans la graisse n'agirait pas mieux que le goudron lui-même. On doit tenir à la forme de pommade, par la raison que la graisse exerce elle-même une action dynamique salutaire sur les éruptions dartreuses.

Pneumonie et chlorose. — Une jeune personne, âgée de 23 ans, couturière, maigre, de teint chlorotique, mal réglée, éprouvant habituellement des palpitations de cœur, sujette à s'enrhumer, était, depuis huit jours, malade d'un rhume intense avec fièvre, mais surtout depuis trois jours. A l'examen on a constaté une pneumonie au premier degré, à droite et en bas, dans l'étendue du tiers environ de la hauteur thoracique. Il y avait de la fièvre, chachats rouillés, dyspnée, susurrus carotidien, pâleur, pouls plutôt petit. M. Rayer a prescrit une saignée du bras de trois à quatre palettes et une potion émétisée à 10 centig. (2 grains de tartre stibié). Le lendemain il y avait du mieux; on répète le tartre stibié, et ainsi de suite les jours suivants. Le troisième jour, la pneumonie était déjà dissipée en grande partie, les crachats avaient cessé d'être sanguinolents, mais il restait encore de la dyspnée, de la fièvre, un peu de souffle en arrière. La continuation du tartre stibié a achevé la guérison. La convalescence était déjà franche le quatrième ou cinquième jour. Cependant la malade est restée à l'hôpital, toujours faible, maladive, pâle comme elle l'était auparavant; elle va probablement subir un traitement anti-chlorotique. M. Rayer prescrit ordinairement pour cela les ferrugineux à doses assez élevées, combinées à un peu de poudre de canelle.

— A l'occasion de ce fait, M. Rayer s'est demandé si le traitement de la pneumonie chez les sujets chlorotiques avait été bien formulée par les auteurs. Il résulte de quelques recherches bibliographiques, que cette question ne se trouve pas traitée d'une manière formelle. Cependant il a été reçu en pratique de ne saigner que modérément ces sortes de sujets. Nous avons vu M. Bouillaud saigner dans ces cas, mais avec moins d'étendue que les sujets non chlorotiques. Par suite de cette circonspection forcée dans la saignée, ce médecin juge plus grave la pneumonie chez les chlorotiques, les autres conditions supposées égales d'ailleurs, par la raison que, dans son opinion, le véritable, le seul remède des inflammations c'est l'évacuation sanguine, le tartre stibié et les autres médicaments hyposthénisants n'étant, aux yeux de M. Bouillaud, que des agents sans valeur. Heureusement que la généralité des praticiens ne partage pas cette manière de voir, et l'on observe chaque jour les remèdes dynamiques produire d'heureuses guérisons dans les cas où la saignée seule est insuffisante ou inapplicable. Au reste, à un point de vue général, l'état chlorotique ne contre-indique pas la saignée lorsqu'il y a pneumonie, par la raison que la doctrine généralement admise sur le sang de ces sujets est fausse, ainsi que nous le prouverons. La chlorose constitue une complication fâcheuse, non parce qu'il y a moins de sang ou du sang déglobulé dans l'organisme, mais bien parce que la constitution est déjà usée, pour ainsi dire, par l'artérite qui vient se joindre à la pneumonie. L'artérite chlorotique prédispose elle-même à la pneumonie, mais par cela même que ces sortes de constitutions sont naturellement délicates, le mal ne s'accompagne pas de pléthore générale pour autoriser des saignées très abondantes; aussi doit on surtout insister sur les remèdes dynamiques hyposthénisants, à dose convenable, tels que le tartre stibié, le seigle ergoté, l'acide hydrocianique, etc. M. Rayer a adopté la méthode mixte, c'est-à-dire du tartre stibié combiné aux saignées dans toutes les pneumonies indistinctement, et il s'en trouve parfaitement.

Paraplégie. *Autopsie.* — Une femme, âgée d'une trentaine d'années, est morte paraplégique dans le service de M. Rayer; elle offrait en même temps, au dos des poignets, une éruption qu'on a caractérisée de pellagre. Sa paralysie existait depuis un ou deux ans; on l'avait traitée à la clinique de M. Bouillaud, mais sans succès. Lorsqu'elle a été reçue dans le service de M. Rayer, il ne s'agissait que de la seule paraplégie, laquelle était venue à la suite de couches, à ce que nous croyons, ou sans cause appréciable; elle n'empêchait pas cependant la malade de conserver un bel embonpoint et de la fraîcheur. Bientôt cependant, sa vue et ses voies digestives se sont troublées, puis sa poitrine s'est embarrassée, un hydropéricarde aigu l'a emportée en trois jours. A l'autopsie faite avec soin en présence d'un grand nombre de jeunes médecins et anatomistes, on n'a rien trouvé de morbide ni au cerveau ni dans la moelle épinière. Cependant, en examinant minutieusement la moitié inférieure de la moelle, M. Rayer a cru reconnaître qu'elle était moins volumineuse qu'à l'état normal, bien que d'ailleurs sa consistance n'offrît rien de remarquable. Néanmoins, aucun des anatomistes présents n'a pu, d'après l'inspection oculaire, admettre positivement dans la moelle l'atrophie que soupçonnait M. Rayer; mais en consultant les mesures anatomiques données par Valentin du diamètre de la moelle, vertèbre par vertèbre, on s'est assuré que le cordon médullaire en question était de deux à trois millimètres moins fort qu'à l'état normal, ce qui rendrait déjà compte, jusqu'à un certain point de la paralysie. Il résulte donc de là que la paraplégie était, chez cette malade, la conséquence d'une affection inconnue, qui avait eu pour résultat un léger degré d'atrophie de la moelle. La science est si peu avancée dans l'étude de la condition pathologique des paralysies, qu'il nous a semblé utile de reproduire ces détails, tout négatifs qu'ils soient,

Que peut-on cependant déduire de là pour la thérapeutique? Nous ne le voyons pas trop, car il s'agit d'une lésion déjà accomplie, l'atrophie étant la conséquence d'une autre condition qui nous échappe.

Torticolis rhumatismal. — Dans un cas de torticolis rhumatismal récent, chez un enfant âgé d'une dixaine d'années, M. Rayer a fait appliquer plusieurs ventouses scarifiées sur le côté retracté, et la maladie a disparu du jour au lendemain. Le mal est-il dans les muscles, dans les nerfs ou ailleurs dans ces cas?

Hôpital Saint-Antoine. (M. Guérard.)

Péritonite puerpérale fort grave. *Onguent mercuriel.* — La Maternité ayant dû être évacuée dernièrement à cause d'une épidémie meurtrière de péritonite puerpérale qui y régnait, plusieurs femmes de cet hospice sont venues accoucher à l'hôpital Saint-Antoine. Quelques-unes de ces patientes ont été saisies, après leurs couches, d'une péritonite des plus effrayantes. Leur ventre s'est distendu à un point extrême, incroyable même, d'une sensibilité la plus exquise, chaleur dermique, pouls filiforme, abattement considérable, vomissements, décomposition du visage. Deux de ces malades ont échu à M. Guérard; il n'y avait pas moyen de saigner; cependant, chez une, on a fait une application de sangsues sur le ventre. Dans un pareil état désespéré, M. Guérard a eu recours aux frictions de pommade mercurielle double, abondante, aux cuisses. Plus de 30 grammes (1 once) par jour de cette pommade étaient employés, moitié le matin, moitié le soir. On a continué ainsi pendant plusieurs jours, et l'on a eu la satisfaction de voir les symptômes s'amender et disparaître au bout de quelques jours de ce traitement incessant. Les frictions, nous le répétons, étaient pratiquées à la partie interne et supérieure des cuisses, et pas sur le ventre, cette partie ne supportant pas le plus léger attouchement. Les deux malades ont guéri; l'une n'a pas éprouvé le plus léger signe de salivation, malgré les doses énormes de médicament (plus de 200 grammes, ou 7 onces) qu'on lui a appliquées; l'autre a salivé dès le second jour, mais cela n'a pas empêché de continuer; ses gencives sont encore gonflées aujourd'hui.

— Qu'on soutienne encore, en présence de ces faits, que les mercuriaux ne sont pas des hyposthénisants, des antiphlogistiques? Il faudrait, en vérité, renoncer à la logique et à l'évidence. Pourtant il est des savants qui aiment se noyer dans le torrent des présomptions chimiques, des actions modificatrices du sang sous l'influence du mercure, comme si le mal était dans le sang et non dans les solides; comme si d'ailleurs le sang était un organe sensible, susceptible de modifications primitives! Les actions chimiques n'ont d'effet direct que sur le sang déjà mort, qu'on soumet à diverses épreuves dans une cornue, mais rien de pareil n'a lieu dans l'organisme vivant. Le mercure agit dans la péritonite comme la digitale dans la cardite, comme le calomel dans la méningite. Tenons-nous en mieux au fait, et laissons de côté les doctrines; car ce qu'on enseigne à l'égard du principe d'action est absurde. Le mode d'application du médicament aux cuisses, adopté par M. Guérard, est digne d'attention; car là les tissus n'étant pas enflammés, l'absorption se fait mieux qu'au ventre lui-même. On peut, au besoin, appliquer en même temps le remède aux aisselles, le long des jambes, etc. N'est-ce pas une acquisition précieuse pour l'art, de pouvoir combattre une maladie aussi formidable par des remèdes dynamiques hyposthénisants, dans des cas où les saignées sont inapplicables? Qu'on répète à présent qu'il n'y a que la saignée, la diète et l'eau qui guérissent les maladies inflammatoires! Malheur au praticien dont le bagage thérapeutique n'est pas plus riche que cela! Ce principe pourtant est hautement enseigné, à l'heure qu'il est, autour de nous par des savants d'un mérite incontestable.

C'est là, à cet écueil de malheur, que devait conduire la médecine humorale du jour! La médecine physique ne peut autoriser que des remèdes mécaniques dont le nombre est très restreint, et l'action souvent nulle ou nuisible. Telle est pourtant la thérapeutique dominante!

Asthme. Ammoniaque. — M. Guérard a employé l'ammoniaque contre l'asthme sur une centaine de malades, avec un résultat généralement favorable; chez quelques-uns même l'effet a été vraiment prodigieux, puisque les accès asthmatiques ont disparu comme par enchantement. En ce moment même, ce praticien nous a fait voir dans ses salles une vieille femme, âgée de plus de 60 ans, qui étouffait réellement lorsqu'elle y était entrée, sa respiration étant presque suspendue par un emphysème pulmonaire considérable; les accès d'asthme revenaient avec une violence extrême; une seule application ammoniacale dans la gorge a été faite, il y a un mois, et l'asthme a disparu. Cette femme est assez bien aujourd'hui, elle dort tranquillement, sa respiration est libre, l'appétit bon et la physionomie assez calme; la patiente se plaint seulement d'une sorte de gêne incommode dans le gosier, ce qui tient à l'allongement de la luette qui vient se coucher horizontalement sur la base de la langue. M. Guérard applique le médicament de la manière suivante : il trempe un petit pinceau en charpie dans de l'ammoniaque liquide pure, puis il immerge instantanément le même pinceau dans un verre d'eau, et il le porte de suite dans le fond de la gorge, touchant ainsi rapidement le voile du palais, la luette, l'œsophage, dans une étendue plus ou moins grande. Il est rare qu'il ait été obligé d'en venir deux fois à la même opération, le mieux a été constant quand il s'est agi d'emphysème simple. Ce sujet ayant été discuté d'une manière générale dans le dernier numéro, p. 289, nous y renvoyons le lecteur.

Variole. — Dans un cas de variole excessivement confluente, survenue chez une nouvelle accouchée non vaccinée, et que nous avons vue, M. Guérard a fait couvrir constamment la figure d'une couche abondante de cérat ordinaire qu'on étalait sur les boutons plusieurs fois par jour; cela a suffi pour adoucir l'éruption dans cette partie, prévenir les démangeaisons douloureuses, les grattements sanguinolents et des cicatrices visibles. L'exfoliation, en effet, des croûtes se fait aujourd'hui sans laisser de traces notables sur la peau. M. Guérard s'était déjà bien trouvé de cette pratique chez d'autres variolés, et nous comprenons comment agit favorablement le cérat dans ces cas, puisque les corps gras sont des hyposthénisants légers du système capillaire sanguin. L'axonge pure et simple est, selon nous, préférable au cérat, la cire de ce dernier s'opposant peut-être à une absorption abondante de l'élément huileux. Dans l'érysipèle et dans plusieurs autres inflammations des capillaires périphériques, les onctions abondantes de graisse

de porc, d'huile ou de pommades simples, sont incontestablement utiles en vertu du même principe. (Voy. notre article sur l'action des corps gras, t. 2, p. 136.) Les personnes qui ne voient dans les corps gras que la seule action mécanique émolliente (action de tannerie) auront à nous dire comment il se fait que, chez les enfants, une légère friction d'huile sur le ventre détermine des garde-robes ! Il y a donc là incontestablement, comme ailleurs, action dynamique, par absorption de la graisse.

PNEUMONIE GRAVE. TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE. *Guérison.* — Une vielle femme, âgée de 60 ans environ, est entrée avec tous les signes d'une pneumonie au second degré dans presque tout le côté gauche postérieur. Le mal existait depuis quatre jours ; on avait pratiqué une saignée en ville. A l'examen, la malade paraît tellement abattue, son pouls est tellement petit qu'il n'y a pas lieu de songer aux évacuations sanguines. Nous omettons la description des symptômes qu'on imagine aisément d'après le diagnostic précédent. M. Guérard a prescrit 60 centigr. (12 grains) de tartre stibié dans deux pots de tisane (moitié dans chaque pot), à prendre dans le courant de la journée. On a répété cette prescription pendant sept ou huit jours de suite ; la malade l'a parfaitement tolérée. Dès le lendemain déjà il y avait du mieux, et ce mieux a été progressif jusqu'à la convalescence franche, qui a commencé le huitième jour de l'entrée, et qui a été très courte, la malade n'ayant pas perdu de sang. Aujourd'hui, elle est tout-à fait rétablie, et elle quitte bien portante l'hôpital.

—Ce mode de traitement de la pneumonie est très commun dans le service de M. Guérard, surtout chez les malades âgés qu'il ne saigne pas du tout le plus ordinairement, le seul remède hyposthénisant vasculaire lui ayant constamment suffi pour la guérison. M. Guérard a la conviction que cette malade aurait succombé sûrement sans un pareil secours; le cas, en effet, était d'autant plus grave que la pneumonie existait à gauche, était arrivée au second degré et le sujet était âgé. Les personnes qui n'ont pas l'habitude de manier les remèdes dynamiques s'étonnent de ces résultats ou même les révoquent en doute; rien cependant n'est plus trivial dans les hôpitaux d'Italie que ces sortes de cures, sans tirer une seule goutte de sang; le plus souvent, néanmoins, on suit une méthode mixte, c'est-à-dire, on combine les saignées au tartre stibié et à l'eau cohobée de laurier-cerise, à doses élevées jusqu'au maximum de tolérance. Une grande habitude, cependant, est nécessaire dans la surveillance des effets de ces médicaments; nous aurons l'occasion de traiter cette question avec détails.

BRONCHITES AIGUES ET CHRONIQUES. *Tartre stibié.* — Plusieurs malades atteints de bronchite soit aiguë, soit chronique, sans tubercules et sans fièvre, de divers âges, sont en ce moment traités dans les salles de M. Guérard, à l'aide du tartre stibié, à la dose de 5 centigr. (un grain) par jour, dissous dans un pot de tisane. Le malade prend cette dose par cuillerées dans le courant des 24 heures, à des distances assez éloignées pour éviter les vomissements. On alterne ce remède avec l'ipécacuanha, c'est-à-dire le lendemain du tartre stibié, le malade prend 5 centigr. (un grain) de poudre d'ipécacuanha suspendue dans un pot de tisane, puis, le jour d'après, on revient au sel antimonial, ainsi de suite. Ces doses nauséabondes des deux médicaments agissent heureusement, les malades s'en trouvant parfaitement; ils transpirent, ont des garde-robes, crachent facilement, leur toux s'apaise et leur rhume disparaît promptement. S'il y a fièvre, on s'en tient aux mêmes remèdes, et il est rare qu'on soit alors obligé d'y adjoindre une petite saignée. Cette médication est aussi la nôtre dans ces occurrences. Nous avons vu des rhumes opiniâtres, des bronchites obstinées qu'on traite communément par des boissons chaudes, par des tisanes dites adoucissantes ou pectorales se prolonger pendant plusieurs semaines ou des mois, sur des personnes de tout âge, de bonne ou mauvaise constitution et fatiguer considérablement, surtout les individus d'âge avancé; tandis que, traités par des doses réfractées de tartrate antimonié de potasse, auxquelles on peut, si l'on veut, joindre les tisanes usuelles, la toux est promptement coupée, et la durée du mal est singulièrement abrégée. Il importe d'autant plus d'enlever rapidement les bronchites de quelque intensité, que, comme on sait, c'est par elles que les pneumonies sont fréquemment précédées. On est si souvent consulté avec une sorte de moquerie dans la pratique privée, à l'égard du traitement efficace de la bronchite, que la chose mérite bien qu'on s'en occupe, car on ne peut ordinairement prescrire la saignée pour une pareille affection.

DOCUMENTS DIVERS.

Chlorose ou subartérite lente (2e *art.*).

§ II. *Anatomie pathologique.* — Ce sujet est des plus vastes et des plus importants; il se rattache en effet à des lésions nombreuses, délicates, mal appréciées ou méconnues, à tel point que l'on cherche aujourd'hui la condition pathologique de la chlorose ailleurs que dans son véritable siége. De là, une multitude de recherches que nous regardons comme sans valeur pratique ; attendu qu'elles ne portent que sur des produits secondaires de la maladie et que l'on a pris pour la maladie elle-même : nous voulons parler des recherches sur le sang. Notre devoir, par conséquent, nous impose ici la double obligation de prouver, d'une part, par des faits anatomiques, l'état pathologique des parois artérielles, auquel nous rattachons l'essence véritable des affections chlorotiques ; de l'autre, l'inanité des observatoins hématologiques sur lesquelles on fait reposer de nos jours toute la pathologie de la chlorose. On voit déjà que cette partie de notre travail, qui est fondamentale, doit nous occuper exclusivement dans plusieurs numéros. Nous disons qu'elle est fondamentale; car de là dérivent immédiatement la véritable définition et les indications thérapeutiques de la chlorose.

1er *Fait.* — Une jeune personne, âgée de 19 ans, marchande de lait, a été reçue dernièrement à l'hôpital Cochin (service de M. Briquet), pour être traitée d'une chlorose compliquée d'hypertrophie au cœur et de dilatation anévrismale de l'arc de l'aorte. Elle avait été réglée à 17 ans, mais deux ou trois fois de suite seulement; depuis lors des symptômes de chlorose se sont déclarés, et les menstrues n'ont pas reparu. Ces symptômes consistaient dans des palpitations de cœur, des étouffements, une lassitude générale, des battements dans la tête et de la pâleur glaucomateuse. On l'avait traitée pour cela à Cochin, dans le service de M. Blache; mais le mal est revenu et il a toujours marché,

Enfin, il y a un an, elle a été prise, à ce qu'elle croit, de rhumatisme articulaire général pour lequel elle n'a été traitée que chez elle. — A l'examen, aujourd'hui, on trouve d'abord tous les caractères de la chlorose portée au plus haut degré : pâleur glaucomateuse, maigreur, vomissements, dyspnée intense, susurrus carotidien, fleurs blanches, battements épigastriques par action exagérée de l'aorte abdominale, pulsations artérielles exagérées dans toute la région sus-mammaire gauche et sous-claviculaire, avec matité près sternale. La matité de la région du cœur offre une étendue double de l'état naturel. Les bruits de cet organe sont fort exagérés, mais réguliers. Pouls filiforme, excessivement fréquent et guère en rapport avec la force du cœur. M. Briquet a diagnostiqué une affection grave du cœur et de l'aorte, compliquée de chlorose; il a prescrit une saignée du bras, attendu la dyspnée extrême, et l'usage journalier de la digitale. Le pronostic a été naturellement fâcheux. Le sang de la saignée n'a pas bien coulé, mais il était rouge, et son caillot, que nous avons examiné une demi-heure après, paraissait ferme comme dans toute autre maladie hypersthénique localisée, ce qui n'est guère en harmonie avec les idées généralement enseignées sur l'état du sang dans la chlorose.

Nous avons ouvert à dessein ce paragraphe par un fait où l'artérite chronique est des plus manifestes, même sur le vivant. Remarquez bien ces battements exagérés de l'aorte depuis son origine jusque dans sa portion sous-diaphragmatique ; à son origine, elle est dilatée, ce qui indique incontestablement un travail de phlogose, et cette phlogose se prolonge dans tout le tube artériel, bien qu'à un plus faible degré. La phlogose paraissait même propagée jusqu'à la sous-clavière et à la carotide du côté gauche, puisque ces vaisseaux étaient épaissis, indurés au toucher, et leurs battements étaient également exagérés. Si l'on pouvait d'ailleurs conserver quelque doute sur la réalité de l'artérite dans ce cas, ce doute, qui n'existe pas pour nous, disparaîtra par les autopsies que nous rapporterons de cas analogues. On voit, en attendant, qu'en origine, il n'y avait chez cette malade que suppression des règles et chlorose ; que le mal a marché, a atteint organiquement l'aorte et ses diramations principales, et enfin que le cœur lui-même a été affecté. On se plaît, il est vrai, à faire intervenir le rhumatisme pour s'expliquer l'altération de cet organe; mais le rhumatisme n'est autre chose qu'une artérite aiguë, c'est-à-dire une affection de même nature que la chlorose, mais à un degré beaucoup plus élevé : aussi voit-on souvent ces deux maladies se succéder réciproquement. Nous reviendrons sur ce sujet.

2e, 3e *Faits.* — Dans le mémoire de M. Tomassini que nous avons rapporté (Ann. de Thér., t. 2, p. 133, 134), on trouve deux cas remarquables d'affection chlorotique chez l'homme adulte, accompagnés de symptômes d'hypochondrie ou des mêmes phénomènes qui, chez la femme, prennent le nom d'hystérie, et dont l'autopsie a dévoilé une artérite aortique des plus complètes. Dans l'un de ces cas, autopsié par Albertini en présence de M. Tomassini, il est dit: « Le cerveau n'a rien présenté d'anormal. Les poumons étaient sains, ainsi que les intestins et l'estomac. Le foie était plutôt ratatiné ; sa substance coupée, plus dure qu'à l'état normal. Le cœur était plein de sérum ; mais l'aorte était malade, plusieurs points d'ossification s'observaient à sa courbure ; sur d'autres points elle était manifestement enflammée et d'un rouge vif cochenille. En suivant cette artère dans l'abdomen, elle offrait partout des restes évidents de phlogose. L'artère hépatique était ossifiée ; cette altération se continuait dans ses deux premières divisions, et sur les points qui n'avaient pas encore subi cette dégénérescence on voyait manifestement de la rougeur inflammatoire, telle qu'elle a été indiquée par Haller et par Frank dans les vaisseaux phlogosés. » — Dans le second, il est dit : « L'autopsie a été faite avec le plus grand soin. On a d'abord ouvert l'estomac et les intestins, siége présumé du mal ; mais les intestins étaient sains et l'estomac était très normal. Les viscères abdominaux n'ont absolument rien présenté de maladif; le cerveau rien, si l'on en excepte un peu d'engorgement des plexus choroïdiens. Les poumons, le cœur, rien, tout est à l'état naturel. Dans la poitrine, l'aorte seule a paru malade ; son arc était dilaté, ses parois un peu épaissies, sa tunique interne manifestement plus rouge que dans l'état normal. En la suivant dans la portion sous-diaphragmatique, cette artère est décidément rouge, à partir de deux doigts avant de traverser le diaphragme, et de là jusqu'à la naissance des iliaques nous l'avons trouvée avec surprise tellement enflammée, que sa tunique interne offrait la couleur du kermès minéral. Cette couleur était si chargée que, dans mes recherches ultérieures, je ne me rappelle pas d'en avoir trouvé plus de trois cas d'aussi prononcés dans le nombre considérable d'autopsies que nous avons faites pour éclaircir cette importante question.»

On voit en ce moment, dans le service de M. Gerdy à la Charité, le cas d'une jeune femme chlorotique chez laquelle le mal est arrivé à la période où des symptômes d'hystérisme se manifestent; il s'accompagne d'un dégagement si prodigieux de gaz intestinaux que son ventre est plus balonné que dans une grossesse de neuf mois. Ce fait offre une grande ressemblance avec le dernier de M. Tomassini, et la condition pathologique est exactement la même dans les deux cas, bien qu'un peu moins intense chez la malade de la Charité. La suppression des règles, l'hystérisme, les palpitations de cœur, le souffle artériel, la lassitude générale, les étouffements, le météorisme abdominal et la pâleur dermique ne reconnaissent chez cette femme d'autre source que l'artérite aortique, comme chez les malades précédents. On a eu cependant dernièrement, à l'hôpital Cochin, l'occasion d'ouvrir le cadavre d'une jeune fille chlorotique qui venait de succomber à une pneumonie ou à une autre affection aiguë, inflammatoire; l'on a examiné les artères principales, et l'on n'a rien découvert de morbide, dit-on. Ceci mérite quelque explication. Pour constater sur le cadavre la sub-artérite chronique qui constitue la condition fondamentale de la chlorose, il faut la connaître, et, pour la connaître, il faut savoir en quoi elle consiste principalement. Expliquons-nous.

Il s'agit ici, au début surtout, d'une inflammation légère, d'une sorte d'irritation entretenue par des vaisseaux extrêmement fin, par les *vasa vasorum*, et qui n'entraîne qu'à la longue des altérations matérielles très appréciables, comme dans les cas précédents. Jusque là, la lésion, qui est si remarquable durant la vie, n'offre sur le cadavre que des altérations légères ou peu appréciables. Voilà pourquoi nous avons voulu saisir la maladie, dans cette exposition, à son degré le plus avancé, afin de pouvoir descendre d'observation en observation jusqu'au minimum d'intensité et montrer l'affection à son état purement dynamique en quelque sorte. Sous ce rapport, l'artérite chlorotique ressemble

à d'autres irritations sub-phlogistiques qui s'accompagnent de phénomènes plus ou moins graves et obstinés, sans que le scalpel anatomique démontre, dans les premiers temps, des altérations physiques bien notables. De ce nombre sont, par exemple, la dyspepsie, l'amaurose congestive, la plupart des névralgies chroniques, beaucoup d'hydropisies actives et une foule d'autres affections. Nous avons parlé, il y a quelques mois, d'une autopsie relative à un rétrécissement urétral à laquelle nous avons assisté : la seule lésion appréciable était une coarctation dynamique du canal, avec une légère injection, sans fausses membranes, sans épaississement aucun des tissus, ces parties ayant conservé leur mollesse naturelle. Si l'on eût ignoré l'état phlogistique chronique antérieur du canal, on aurait pu révoquer en doute la maladie. Il en est précisément de même de l'artérite chlorotique, une foule de degrés existant depuis la simple irritation avec ou sans gonflement des parois artérielles (troncs ou capillaires), jusqu'à l'ossification, à la lithiase artérielle, au ramollissement avec dilatation anévrismatique ou rupture. On trouve précisément la même gradation dans tous les tissus à vascularisation fine. Quel différence y a-t-il, si ce n'est dans le degré, par exemple, entre l'insolation légère suivie de simple céphalalgie, et la même action suivie de méningite ; entre une faible ambliopie et une amaurose photophobique suivie de cécité, avec ossification de la rétine ou fonte purulente de l'œil, etc.? Le scalpel cependant ne décèle presque rien dans le premier cas. En conséquence, les résultats négatifs dans certains cas de chlorose, en supposant que les artères aient été examinées avec assez de soin, ne prouvent rien en présence des faits positifs que la science possède. Une remarque importante que nous devons ajouter ici, c'est que, pour être bien examinées, les artères doivent, dans les cas apparemment négatifs, être examinées au point de vue de leur diaphanéité, car leur altération commence le plus souvent par l'opacité de leur membrane interne. C'est ce qu'on a pas l'habitude de faire dans les amphithéâtres.

Ainsi, il importe d'établir ce fait fondamental dans la question, savoir, que tandis que les restes de la sub-artérite chronique sont très manifestes dans une chlorose très avancée, ils sont à peine reconnaissables sur le cadavre, lorsque la chlorose est restée au premier degré ; et pourtant ces phénomènes, durant la vie, sont exactement les mêmes dans les deux cas. Une jeune personne âgée de 23 ans, couchée au n° 4 ou 5 de la salle de M. Rayer, a été reçue pour être traitée d'une affection chlorotique, accompagnée de symptômes d'hystérisme. La chlorose, chez elle, s'est déclarée, il y a deux ou trois ans, à l'occasion d'un refroidissement de la moitié inférieure du tronc, ayant été obligée de traverser à pieds l'eau d'une petite rivière qui lui arrivait jusqu'au bas de la poitrine, dans un moment où elle avait ou sortait d'avoir ses règles. Depuis lors, ses menstrues sont revenues tous les quinze jours, mais peu abondantes, tandis que, d'autre part, les symptômes de chlorose se sont montrés de plus en plus intenses, à l'exception de la pâleur qui n'est pas très prononcée. Il est évident pour nous que, au faible degré où elle se trouve, l'artérite chez cette malade ne laisserait que des traces à peine appréciables sur le cadavre ; mais que mal persiste, qu'il soit influencé par des causes excitantes, surtout par les alcooliques, et vous verriez, chez cette malheureuse, les mêmes altérations que chez ceux des trois faits précédents ; c'est-à-dire que l'aorte se dilatera, s'ossifiera, se déchirera, etc.— Ces préliminaires étant posés, nous entrerons, dans le prochain numéro, dans les détails des autres faits qui viennent à l'appui de notre thèse.

Mortalité proportionnelle. — Il résulte des statistiques les plus récentes que la proportion relative de la mortalité des grandes capitales serait croissante dans l'ordre suivant : à Londres, 1 mort sur 40 habitants; — à Paris, 1 sur 32 ; — à Madrid, 1 sur 29 ; — à Naples, 1 sur 28 ; — à Rome, 1 sur 25 ; — à Vienne, 1 sur 22 1/2.

Climatologie hygiénique. — « De même que lorsque les peuples de l'antiquité voulaient fonder une colonie, les augures consultaient les entrailles des animaux pour leur demander des présages favorables au succès de leurs entreprises, de même aujourd'hui nous pouvons prendre comme élément certain de conviction, dans l'appréciation de l'influence du climat, l'état sanitaire des animaux d'une espèce inférieure. On trouve toujours, jusqu'à un certain point, une analogie complète de résultats chez eux et chez l'espèce humaine. Ainsi, tous ceux qui ont observé le bétail dans certains districts marécageux de l'Angleterre ont sans doute été frappés de son aspect chétif et misérable, et l'état dans lequel le voyageur trouve les troupeaux de buffles dans les marais Pontins est encore un exemple remarquable des effets que le climat produit sur les animaux, aussi bien que sur l'homme. Les seuls vestiges d'êtres humains que l'on rencontre pendant des lieues entières, au milieu de ces solitudes désolées, sont des pâtres pâles et hâves, épars sur la surface de ce désert, et qui gardent leurs buffles aux flancs amaigris, aux membres débiles et aux poils hérissés » (Dr Taylor, De l'influence curative du climat de Pau, p. 89, 1843).

CLINIQUES CHIRURGICALES.

QUESTIONS SPÉCIALES.

Lupus. — Urètre.

Le lupus nasal et l'huile de morue sont soumis en ce moment, dans plusieurs services de l'hôpital Saint-Louis, à des expériences répétées sur un grand nombre de malades. On donne l'huile de foie de morue non par grammes, ni par onces, mais par tonneaux, pour ainsi dire ; certains sujets en prennent jusqu'à une demi-bouteille de 500 gm. (16 onces) par jour et même davantage. Le médicament est avalé par grandes cuillerées à soupe, de temps en temps, dans le courant des 24 heures. Une jeune fille qui est depuis deux mois dans le service de M. Jobert, pour un lupus phagédénique grave au nez (esthiomenos terebrans, Alibert), avait été traitée d'abord par des cautérisations répétées à l'aide du nitrate acide de mercure ; son état s'était déjà amélioré, le mal avait cessé de faire des progrès et s'était remarquablement circonscrit ; cependant il persiste encore. M. Jobert l'a soumise depuis quelque temps à l'usage de doses progressives d'huile de foie de morue ; aujourd'hui elle en prend déjà jusqu'à 170 grammes (5 1/2 onces) par jour, qu'elle tolère très bien ; son état semble assez satisfaisant, mais il est impossible d'apprécier jusqu'ici la part qui reviendrait à l'action de l'huile, puisque la malade était déjà mieux par la cautérisation et que le mal persiste d'ailleurs quoique mitigé. Le docteur Emery administre, nous a-t-on assuré, l'huile en question à des doses énormes ; mais guérit-

il? C'est-là la question. Nous ne ferons qu'une seule observation : un médicament qui, pour produire quelque effet, a besoin d'être donné à des doses aussi considérables n'est pas un remède sérieux. Il est probable que l'huile de morue n'agit que comme corps gras; dès-lors son efficacité doit être très faible, et l'on pourrait peut-être la remplacer par de la bonne huile d'olive. Si cependant on voulait faire intervenir l'influence des éléments de l'eau de mer qui doivent se trouver dans l'huile de morue (bien que la chimie ne les ait point signalé jusqu'ici), mieux vaudrait avoir recours à l'eau de mer elle-même par bouche, dont l'efficacité contre la scrofule n'est plus contestable aujourd'hui. On doit se méfier des remèdes extraits du règne animal, comme très susceptibles d'altération. Si l'on désire, au reste, des notions étendues sur l'huile de foie de morue, nous renvoyons le lecteur au mémoire que nous avons inséré dans ce journal (t. 1, p. 403, t. 2, p. 15).

Revenons un instant sur le lupus. Cette affection, si commune à Paris, si opiniâtre et si grave, encombre pour ainsi dire les salles de l'hôpital Saint-Louis; elle ronge le visage, le nez, les joues, les lèvres, et laisse des difformités irréparables, alors même qu'on finit par la guérir à l'aide d'un traitement toujours long et ennuyeux ; et quand la guérison est obtenue, on doit toujours se demander si le mal ne récidivera pas tôt ou tard. L'année dernière, nous avons donné l'histoire d'un cas de ce genre déjà guéri après avoir dévoré horriblement le nez chez une femme âgée d'une quarantaine d'années. M. Blandin y érigea avec succès un nez artificiel à l'aide de la peau du front, et depuis plusieurs années il n'était plus question de l'esthiomène, lorsque cette dartre reparut de nouveau autour de la base du nouveau nez, s'étendit sur les deux joues et sur la lèvre supérieure, sous forme cette fois de lupus serpigineux. La malade a été reçue à la Charité, et M. Chassaignac, qui remplaçait alors M. Gerdy, l'a traitée et guérie à l'aide de la cautérisation au nitrate acide de mercure et de la compression. Cette seconde guérison ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour, puisque nous venons de revoir cette femme dans le service de M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu, où elle a été réopérée pour la réintégration de ses narines artificielles qui s'étaient oblitérées.

On voit déjà par ce fait et par une foule d'autres analogues, que l'esthiomène guérit après avoir duré un certain temps et produit des ravages plus ou moins profonds, mais qu'il est très sujet à récidiver. Il guérit souvent sous l'influence de la seule médication locale. Or, à Saint-Louis on joint toujours à l'usage de l'huile de morue un pansement plus ou moins énergique. Nous ne voulons pas dire que la médication interne soit inutile dans cette affection ; loin de là ; mais pour être d'une valeur réelle il faudrait qu'elle se composât de quelque chose de plus efficace que l'huile de poisson. — On attribue communément cette maladie à un état scrofuleux de l'organisme ; cependant la scrofule n'est pas bien manifeste chez les individu rongés par l'esthiomène ; mais leur constitution est, comme on dit, lymphatique, savoir, leurs chaires sont molles, blanches, bouffies, délicates, vulnérables Pourquoi cette dartre attaque-t-elle le plus souvent les sujets jeunes, du sexe féminin? Nous laissons à d'autres le soins de répondre à cette question. Faisons seulement remarquer que la scrofule s'observe dans toutes les classes de la société, tandis que la dartre esthiomène est propre aux enfants du pauvre, parvenus à l'âge de puberté et n'offrant pas actuellement les phénomènes d'affection phlogistique des ganglions et vaisseaux lymphatiques. On ne peut disconvenir, au reste, que soit qu'elle débute et marche par des tubercules toujours renaissants et progressifs, soit qu'elle s'énonce par des taches rouges ulcératives, et à part ses véritables causes pathogéniques, qui nous échappent, la maladie ne soit une phlogose vasculaire périphérique spéciale, et ne mérite par conséquent un traitement générale et local par les hyposthénisants vasculaires, comme le cancer. Elle récidive aussi comme cette dernière affection, et c'est une raison pour persévérer longtemps dans le traitement après guérison, comme mesure prophylactique. Nous renvoyons par conséquent le lecteur aux divers articles sur la médication du cancer que nous avons consignés dans ce recueil.

La cautérisation dans le traitement des maladies de la peau a fourni dernièrement matière à un article substantiel inséré dans la *Revue médicale*, par M. le docteur Duchesne-Duparc. Passsant en revue toutes les dermatoses soit aigües, soit chroniques, l'auteur arrive à cette conclusion : que ces topiques sont d'un précieux secours dans tous les cas, soit pour guérir tout à fait et sans d'autres remèdes, soit pour modifier heureusement les tissus malades et rendre efficace l'action d'autres remèdes, internes ou locaux. Il va sans dire que des distinctions fondamentales doivent être faites dans le choix de l'espèce et de l'intensité du caustique qui convient à chaque affection dermique, suivant sa forme, sa nature et son siége; l'auteur poursuit et résout ces diverses questions par des faits cliniques. Le nitrate d'argent, l'ammoniaque, les acides, les alcalis, divers composés mous, liquides ou solides, et enfin le calorique concentré sont tour à tour appréciés et circonscrit dans leur mode d'application utile, ce qui n'empêche de suivre d'autres prescriptions en même temps. Pour ce qui est du lupus qui se rattache au sujet de notre article, nous lisons les lignes suivantes dans le travail de M. Duchesne-Duparc. « C'est principalement contre l'esthiomène, ou lupus, forme de scrofule sans contredit la plus redoutable, qu'il est possible d'utiliser la cautérisation. Sans admettre, avec MM. Boucher (du Rhône) et Scipion Payen (d'Aix), que l'esthiomène n'est pas la signification d'un vice spécial ou constitutionnel, nous pensons, comme ces honorables praticiens, qu'on doit porter sur le traitement local sa principale attention, et que les médicaments doivent être choisis parmi ceux qui ont assez d'action pour modifier l'état morbide de la surface ulcérée, ou pour la désorganiser. Les pommades anti-esthiomène que nous avons publiées ont pour effet de convertir en surfaces suppurantes louables des tissus dégénérés d'où s'exhale un ichor sanieux et corrosif; nous devons à M. Beaugrand deux observations d'esthiomène, prises toutes deux dans le service d'Alibert et traitées heureusement par les seules cautérisations avec le nitrate d'ar-

gent. Le numéro d'octobre 1843 des Ann. des mal. de la peau, nous fournit un autre cas d'esthiomène guéri par des cautérisations répétées avec le chlorure de zinc. Ces faits nous prouvent qu'on ne doit pas craindre d'agir avec énergie dans ces affections graves, toujours de longue durée, et dont le moindre des inconvénients, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes, est la défiguration des parties qu'elles occupent. »

Les retrecissements de l'urètre sont de nos jours envisagés autrement que par le passé. L'anatomie pathologique ayant bien nettement défini leur condition, leur principe formateur et les effets réactionnels dont ils sont susceptibles, il s'en est suivi une thérapeutique de plus en plus simple, sûre et efficace. On ne voit en effet de nos jours que bien rarement de ces dégâts si graves que produisait autrefois la main de l'artiste hardi; de ces sondages héroïques à pourfendre le périnée, à perforer le rectum, à embrocher le bas fond de la vessie; véritables sondages *artésiens* qui ont disparu presque complètement de la chirurgie des grands centres civilisateurs, ou du moins qu'on ne rencontre qu'exceptionnellement dans quelques coins excentriques que n'éclaire guère encore la science de notre époque. Nous disons *presque complètement*, car nous avons rapporté dans le numéro d'avril dernier, p. 15, une opération de ce genre, pratiquée à Paris sous nos yeux et suivie de mort dans l'espace de deux ou trois jours. Depuis Desault jusqu'à notre époque, on a vu se succéder sans relâche une innombrable kyrielle de méthodes, de procédés et de procédoncules, jusqu'à ce qu'enfin on s'est arrêté, depuis ces dernières années, à des principes invariables presque généralement adoptés : nous voulons parler de la dilatation temporaire, combinée ou non à la cautérisation et aux mouchetures. Cette méthode elle-même vient de subir une perfection remarquable et qui constitue à nos yeux la dernière expression actuelle de la thérapeutique des rétrécissements : nous faisons allusion au procédé décrit l'année dernière dans une brochure de M. le docteur Béniqué, qui compte déjà pour partisans l'élite des jeunes praticiens des hôpitaux et que M. Robert fait appliquer en ce moment, par ce chirurgien, à deux malades, que nous venons de voir dans son service à Beaujon. Nous avons déjà parlé de cette méthode à l'occasion de quelques cures que nous lui avions vu produire entre les mains de M. Chassaignac à la Charité et à l'Hôtel-Dieu (Ann. de thérap., t. 2, p. 299-300); nous y revenons aujourd'hui, attendu l'importance que nous y attachons et les excellents effets que nous avons obtenus nous-mêmes sur des malades auxquels nous l'avons appliquée; nous désirerions qu'elle fût généralement adoptée, par la raison, nous le répètons, qu'elle constitue à nos yeux ce qu'il y a de mieux en pratique sur cette matière dans l'état actuel de l'art.

Jetons d'abord un coup-d'œil sur ce qu'on fait, avant d'arriver à ce qu'on doit faire. On voit encore dans plusieurs services des hôpitaux de Paris, l'usage des bougies et des sondes en demeure pour des rétrécissements. Cette pratique est sans doute expéditive, puisqu'on ne revient au cathétérisme que tous les cinq, six, huit jours ; mais elle s'accompagne d'inconvénients sérieux. Le canal est irrité, enflammé par la présence prolongée de la bougie ; il a par cela même une grande tendance à revenir sur lui-même. Cela fait que si la bougie s'échappe un jour, on éprouve souvent des difficultés infinies pour la réintroduire. La muqueuse s'ulcère aisément par la même action ; il en résulte des infiltrations, des douleurs, des gonflements au pénis, aux bourses, aux testicules, et des réactions assez graves. La vessie elle-même est ulcérée, perforée quelquefois par la présence de la sonde, surtout si celle-ci n'est point courbe, ainsi que nous en avons vu des exemples. Et en définitive, quand les choses vont pour le mieux, le malade est obligé de garder le lit ou de se tenir dans l'inaction pendant deux mois ou davantage, car par cette méthode la guérison se fait attendre longtemps, et nous croyons avoir observé que le rétrécissement a plus de tendance à reparaître que quand on suit la dilatation temporaire, surtout si l'on se conforme au procédé dont nous allons parler. Pour se mettre à l'abri de tous les préjugés, il faut se poser cette question : si j'avais un rétrécissement urétral sérieux, comment me traiterais-je ? Il n'est pas assurément indifférent de s'enfermer pendant deux mois dans un appartement, ou, ce qui est encore pis, de garder le lit, alors qu'on peut obtenir les mêmes résultats et même mieux sans cela, et avec moins de souffrance sous tous les rapports. On ne comprend donc pas suffisamment cette persistance dans une méthode qui offre tant d'inconvénients graves. Dans l'état actuel de la chirurgie, les sondes et les bougies en permanence ne devraient être réservées tout au plus que pour quelques cas exceptionnels.

La dilatation temporaire qu'on emploie depuis quelques années, consiste à introduire chaque jour une bougie ou sonde élastique, de volume progressif, et à la laisser une demi-heure, une heure, plus ou moins. On recommence le lendemain ou le surlendemain de la même manière, jusqu'à guérison. On pratique en même temps des cautérisations transcurrentes et légères avec le nitrate d'argent, comme moyen antiphlogistique ou modificateur des tissus malades, ou bien de légères scarifications ou des mouchetures comme des secours accessoires ; mais on ne compte principalement que sur la dilatation. On apprend au malade à se sonder lui-même par la suite, comme mesure préventive de la récidive. Par suite de ces simples manœuvres, les rétrécissements guérissent ordinairement dans l'espace de six semaines à deux mois, plus ou moins, et les malades n'ont besoin de s'assujettir au lit, ni de garder la chambre, ni de cesser de vaquer à leurs occupations habituelles, à moins qu'il n'y ait des abcès ou des fistules. Leur traitement s'effectue soit chez eux, soit dans le cabinet du chirurgien. C'est déjà, comme on le voit, une grande amélioration sur la méthode ancienne ou des sondes en permanence. Il résulte d'une longue expérience, aujourd'hui, qu'il suffit de cette simple dilatation temporaire pour que le canal reprenne son diamètre et les fonctions qui lui sont propres. La guérison est plus prompte que par l'ancienne méthode,

par la raison que les tissus sont moins irrités, moins enflammés. Nous le répétons, il ne s'agit plus ici d'une théorie; et quelque soit d'ailleurs l'explication qu'on adopte, les faits n'existent pas moins par milliers en faveur de la nouvelle pratique.

La dilatation temporaire perfectionnée par M. Béniqué, ou donnée par ce chirurgien comme telle, consiste, ainsi que nous l'avons dit dans un autre article, à introduire successivement dans une même séance et dans l'espace de quelques minutes, une série graduée de bougies, au nombre de cinq, six, sept, qu'on répète tous les jours ou tous les deux jours, dans un ordre progressif, jusqu'à ce qu'on arrive à des séries de bougies métalliques, et enfin à des sondes de calibre. Chez les deux malades qui sont en ce moment à Beaujon, le mal était grave, tenace et compliqué de catarrhe vésical. On a commencé par passer une bougie extrêmement fine, puis successivement, dans la même séance, deux, trois, quatre, augmentant à peine leur diamètre. On s'arrête si une goutte de sang se manifeste. On ne fait qu'entrer et sortir ces bougies chaque jour un instant. Une grande amélioration s'est promptement opérée. On passera bientôt aux séries de bougies métalliques, ce qui permettra alors de marcher rapidement vers le maximum de dilatation. Jamais de cautérisation, ni de scarifications ou de mouchetures, la seule dilatation momentanée et successivement graduée paraissant suffire pour la guérison. — Ce qui distingue cette pratique de la précédente c'est d'employer une dilatation graduée à chaque séance; de recommencer toujours par des numéros peu gros, malgré que le canal se prête à une bougie plus volumineuse, de ne jamais rien forcer, rien risquer, et d'arriver enfin par la voie la plus sûre et la plus courte à la guérison, sans aucun autre secours que les bougie. Il est de fait, et cette remarque nous l'avons faite nous-mêmes, qu'un urètre malade qui peut admettre une bougie d'un numéro quelconque, 12 par exemple, se refusera à la laisser passer si vous commencez immédiatement par ce numéro; tandis que, si dans la même séance vous débutez par le numéro 6 et successivement 7, 8, 9, 10 11, vous passerez au même instant le numéro 12 sans résistance aucune. C'est là un des avantages les plus marqués de ce mode de traitement. Nous avons vu plusieurs fois des praticiens nous dire à côté d'un malade : « Hier, cette bougie a passé dans le canal; aujourd'hui, elle ne passe pas. » Nous nous sommes convaincus avec M. Chassaignac, que cette même bougie passait aisément si on la faisait précéder de deux, trois autres plus petites qui frayaient momentanément la voie et enlevaient le spasme que la bougie en question ne pouvait vaincre. Il résulte de là que non-seulement le procédé de M. Béniqué est le plus efficace, puisqu'il procure le plus promptement l'agrandissement du canal, mais encore le plus sûr et le moins douloureux. C'est toujours, sans doute, la méthode des bougies dilatantes; mais il s'agit ici d'un procédé qu'on peut considérer comme le plus parfait, le plus facile. Il est à nos yeux le plus parfait, parce qu'il guérit le mieux, et il est tel précisément, parce que le moyen mécanique sur lequel il est basé, ménage très délicatement les conditions dynamiques de l'organe malade. Il est regrettable, au reste, que tous les praticiens n'attachent pas la même importance aux observations précédentes.

Hôtel-Dieu (M. Roux).

Gonflement cancériforme de la lèvre supérieure. *Guérison à l'aide d'un traitement dynamique.* — A l'occasion de deux malades qui sont en ce moment à l'Hôtel-Dieu, atteints d'une affection organique de l'os maxillaire inférieur, M. Roux a raconté aujourd'hui, 10 novembre, à sa leçon, le fait suivant qui nous a paru plein d'intérêt. Une femme encore jeune, de l'Auvergne, avait vu depuis plusieurs années sa lèvre buccale supérieure se gonfler et s'indurer petit à petit, former enfin une tumeur considérable, dure comme un squirrhe, excoriée sur quelques points, envahissant en partie les deux côtés correspondants des joues, et présentant toutes les apparences du cancer. Des traitements nombreux avaient été faits sans succès dans son pays; enfin la malade a été expédiée à Paris et adressée à M. Roux pour l'opérer, si cela était possible, en enlevant la lèvre à l'aide du bistouri, et y pratiquer ensuite une restauration autoplastique. Les caractères de la masse morbide semblèrent effectivement ceux du cancer à M. Roux; cependant l'ablation ne s'offrait pas avec des chances faciles, par la raison que le mal était très étendu, et ce chirurgien ne trouvait pas des conditions convenables pour pratiquer une autoplastie. Un pareil état de choses l'a engagé à essayer d'abord quelques remèdes dynamiques, en attendant qu'il eût le temps de réfléchir au mode opératoire qu'il pourrait mettre en usage. Il a donc soigneusement interrogé la patiente sur les antécédents de la maladie, et il a appris qu'elle s'était mariée très jeune; que son mari, du même âge qu'elle, n'avait pas toujours été partisan exclusif de l'*unigamie*; que des accidents vénériens avaient autrefois troublé l'harmonie conjugale; mais elle ne croyait pas avoir jamais partagé ces accidents. Elle se portait bien d'ailleurs, et rien ne présentait dans le reste du corps des apparences propres à la vérole. Quoi qu'il en soit, sur ces simples données, M. Roux s'est décidé à essayer temporairement quelques remèdes antisyphilitiques. Il a d'abord pansé la tumeur avec des plumasseaux de charpie couverts d'onguent mercuriel, et frictionné les alentours avec ce même onguent. En peu de jours, il s'est opéré un amendement notable; le gonflement avait diminué à vue d'œil, ainsi que les élancements et la rougeur, les ulcérations se sont cicatrisées, et la marche décroissante a été progressive. Dès lors, on le pense bien, on a insisté sur ce traitement, et l'on a joint une médication mercurielle générale. Au bout de quelque temps, la guérison était complète, la lèvre étant revenue à ses dimensions et à ses apparences normales, et la femme est retournée chez elle parfaitement rétablie. Cette guérison a été durable, d'après les renseignements que M. Roux a reçus depuis.

— Ce qui a fait naître d'abord quelques soupçons à M. Roux sur la nature non cancéreuse de cette tumeur, c'est son siége. On sait en effet que le cancer ne se montre que très rarement à la lèvre supérieure, sa prédilection étant pour la lèvre inférieure; et l'on sait pareillement que le cancer des lèvres se rencontre très rarement chez la femme. Une autre circons-

tance non moins importante qui appuyait ces soupçons, c'est la longue persistance de la maladie, sans désordres profonds, puisqu'elle datait déjà de plusieurs années. Ces réflexions se présentaient naturellement aujourd'hui à l'esprit de M. Roux, à l'occasion de l'un des malades de son service à l'Hôtel-Dieu, et qui offre probablement une affection de ce genre à la lèvre inférieure. Ici le mal existe depuis quinze ans; il s'offre sous la forme d'une tumeur cancéreuse à la diaphyse de la mâchoire inférieure, avec perforation fistuleuse de la lèvre. On a commencé à le panser comme la malade précédente; cette épreuve est décisive pour M. Roux, puisqu'il croit avoir observé que quand le mal est réellement cancéreux, les mercuriaux l'empirent considérablement. A côté de ce malade il en est un autre qui présente une tumeur de même apparence au menton, et auquel M. Roux vient de pratiquer l'amputation de la mâchoire. Ce mal n'existait que depuis trois mois et demi, au dire du patient, et il faisait des progrès rapides; sa nature a été jugée franchement cancéreuse, et il a servi de parallèle aux deux faits précédents. Ces affections cancériformes des lèvres et des joues, n'étant que syphilitiques ou simplement phlogistiques au fond, et guérissant soit par les mercuriaux, so t par d'autres remèdes dynamiques, sont dignes d'une méditation sérieuse. Nous avons vu nous-même des cas de ce genre qu'on croyait mortels et qui ont fini par guérir parfaitement sans opération. Il y a quelque temps, il existait à l'hôpital Beaujon un homme portant une affection d'apparence cancéreuse à la joue, avec une fistule; une ou deux opérations sanglantes avaient été pratiquées dans un autre hôpital, sans succès; M. Robert a cru devoir essayer un traitement mercuriel avant d'en venir à l'usage du bistouri, et la guérison complète s'est opérée par ce seul traitement. On sait qu'un jeune et savant médecin de Paris, ancien agrégé à la Faculté, a eu, pendant deux ans environ, un gonflement considérable à toute la lèvre supérieure, et qui n'était pas probablement syphilitique; on le croyait cancéreux; il a fini par guérir parfaitement à l'aide de divers moyens dynamiques. Ce qui a le mieux fait dans ce cas, ce sont les eaux minérales, les bains froids prolongés dans la Seine, et des topiques émollients.

Amputation de la machoire inférieure. *Procédé exceptionnel.* — Un homme, âgé de 53 ans, a été reçu pour être guéri d'une tumeur du volume du poing au menton, intéressant l'os et la peau. Le mal a été jugé cancéreux, et ne datait, au dire du patient, que de trois mois et demi. Il s'étendait alors profondément vers la région sublinguale. Les ganglions externes cependant ne paraissaient pas intéressés. L'état constitutionnel était assez bon; aussi l'opération a-t-elle été jugée praticable. L'altération de la peau du menton n'avait pas été aperçue jusqu'au moment où le malade a été rasé. M. Roux avait d'abord espéré pouvoir l'opérer d'après le procédé qui lui est propre, savoir, par une seule incision semi-lunaire sous le menton, sans intéresser le bord libre des lèvres, faisant ainsi un large lambeau glissant de bas en haut, qui mettrait toute la partie malade à decouvert; mais l'altération de la peau du menton a dû faire procéder autrement. M. Roux s'y est pris de la manière suivante. Il a pratiqué trois larges incisions horizontales courbes, sans intéresser le bord libre des lèvres : savoir, deux incisions sémi-elliptiques en sens opposé, formant un oval complet par leur rencontre et circonscrivant la tumeur dans leur aire; une troisième, à concavité supérieure, au niveau de l'os hyoïde, et s'étendant de part et d'autre jusqu'à l'angle de la mâchoire et servant à donner deux lambeaux, ou plutôt un seul lambeau circulaire pour combler la brèche que laisserait la dissection de la peau malade au menton. Les deux premières incisions ayant été disséquées à leur circonférence, le bord labial inférieur a été jeté en haut, et la tumeur s'est trouvée ainsi mise à découvert et circonscrite. La section a été faite avec la scie à chaînon, et la peau malade a été enlevée avec la tumeur elle-même. Cette partie de l'opération a été exécutée avec une grande promptitude; mais quand il s'est agi d'enlever, par une dissection minutieuse, tous les prolongements morbides dans le plancher buccal, le malade a témoigné une grande sensibilité et de l'indocilité, ce qui a prolongé les manœuvres consécutives. Enfin, l'opérateur a disséqué le lambeau circulaire sus-hyoïdien, qu'il a relevé comme une sorte de mentonnière, et cousu à la plaie horizontale de la lèvre inférieure. De cette manière, la brèche du menton s'est trouvé comblée; mais il est resté au devant du cou une plaie laissée à nu par la dissection du lambeau autoplastique précédent. Cette plaie a été rétrécie par le rapprochement de ses bords, dans le pansement. Un fil a été passé en travers dans la substance de la moitié antérieure de la langue, et fixé légèrement aux tempes à l'aide d'un bonnet et d'épingles, afin de résister à la tendance de la langue à se renverser vers le larynx.

— Au point de vue clinique, ce fait est des plus graves, le mal s'étant trouvé, à la dissection, plus étendu qu'il ne l'avait paru à l'examen. M. Roux ne s'était d'ailleurs pas dissimulé les craintes des prolongements du mal qu'il a rencontrés en l'opérant. L'affection était assurément mortelle d'elle-même; on peut aujourd'hui espérer une guérison au moins temporaire par l'opération. Il en est toujours ainsi quand les malades viennent trop tard réclamer les secours de la chirurgie. Au point de vue opératoire, deux procédés se présentaient : ou bien opérer comme M. Roux vient de le faire, ou bien suivre le procédé de Delpech pour la formation de la lèvre inférieure, c'est-à-dire qu'après avoir enlevé la peau du menton et la tumeur, on aurait pratiqué deux incisions parallèles sur le cou, de haut en bas, en partant des angles de la mâchoire; on aurait disséqué et remonté d une seule piece la peau de la région hyoïdienne, et toute la plaie mentonnière aurait été comblée : la lèvre eût été fixée à cette peau. Nous avons vu suivre plusieurs fois à M. Roux ce dernier mode opératoire avec succès, dans des cas un peu différents de celui dont il s'agit. M. Roux, au reste, a saisi cette occasion pour revendiquer pour lui la priorité du procédé adopté aujourd'hui pour l'amputation de la mâchoire inférieure, et qui consiste à pratiquer une seule incision courbiligne sous le menton, à concavité supérieure, sans diviser le bord libre de la lèvre. Plusieurs personnes s'approprient de nos jours ce mode opératoire; il y a

vingt ans que M. Roux l'enseigne dans ses cours ; la première fois, il l'imagina pour enlever une exostose volumineuse au menton chez une jeune personne ; il fit une incision sous la mâchoire, disséqua un lambeau de bas en haut, et mit le mal à découvert sans laisser de cicatrice visible sur la face.

Hôpital Beaujon (M. Robert).

Caustiques potentiels. Cancer. — M. Robert se livre en ce moment à quelques expériences intéressantes sur les caustiques potentiels dans diverses affections chirurgicales. Il a voulu d'abord constater ce fait remarquable signalé dernièrement par M. Manec, savoir : que la pâte arsénicale dite *poudre de Richelot*, frappe les tissus malades au delà du cercle de son application, par une sorte de travail toxique dynamico-vitale ; de telle sorte que la masse morbide tombe en totalité comme par atrophie de ses racines basilaires, malgré que la pâte n'ait été appliquée qu'à son milieu seulement, par exemple ; d'où il résulterait que l'action du caustique ne se borne pas à son simple effet chimique ou destructeur, puisque la masse entière tombe dans une limite éloignée de cette ligne cautérisante, par un véritable travail réactionnel vital. Une première application a été faite sur une vieille femme qui portait un cancer ulcéré énorme à la mamelle droite. Toute la mamelle était envahie ; la tumeur était plate, à large base, offrant la grandeur au moins d'une main d'adulte placée ouverte sur le sein ; les ulcérations étaient au nombre de quatre ou cinq, ichoreuses, excessivement fétides, du diamètre chacune de deux, trois et quatre centim. L'aisselle, ni les alentours, ne présentaient heureusement aucun engorgement, et la constitution conservait encore de la vigueur et un teint assez sain. On ne pouvait douter cependant de la nature essentiellement cancéreuse de la masse morbide. M. Robert a commencé par circonscrire la partie malade par une bordure de caustique calcéo-potassique (pâte de Vienne), décrivant ainsi un cercle sur la peau saine à trois ou quatre centim. (un pouce) de la base de la tumeur. Cette bordure périphérique offrait un rayon de six centim. (deux pouces) au moins, et l'épaisseur d'un centim. environ (comme le petit doigt). Cette application n'a été que temporaire (20 à 30 m.) pour mortifier la peau seulement. Au bout de quelques jours, lorsque cette escarrhe périphérique commençait déjà à suppurer sur les bords, le chirurgien a appliqué une couche de poudre de Richelot dans le milieu de la tumeur, formant un cercle à peu près de trois à quatre centim. de diamètre, laissant par conséquent intact une partie périphérique de la tumeur entre la première escarrhe et la limite du caustique arsénical. Cette portion intacte formait elle-même un cercle comme un ruban de deux à trois centim. de largeur. Eh bien, malgré que l'action cautérisante apparente de la poudre arsénicale se soit limitée sur la ligne de son application, la masse morbide est tombée en totalité et d'un seul morceau sur la périphérie primitivement tracée par la pâte de Vienne, et à une profondeur au moins quadruple de l'épaisseur de la couche arsénicale. Cette épaisseur de la pièce morbide comprend tous les tissus maladifs ; la plaie restante a laissé voir à nu le muscle grand pectoral et des tissus sous-dermiques de belle apparence. En examinant la pièce tombée, on a une masse singulièrement transformée et qui ne ressemble guère aux tissus malades primitifs ; c'est une sorte de parenchyme compacte, homogène, tout-à-fait momifié et inodore, dont la forme et la tenacité rappellent celles d'une galette de mer un peu ancienne. On distingue à sa surface la limite de la pâte arsénicale, et la portion assez large et très profonde qui s'est détachée par un travail spécial en dehors de cette limite. Aucun signe d'absorption toxique ne s'est manifesté chez cette malade. La plaie est d'une belle apparence rose et marche vers la cicatrisation, si ce n'est pourtant sur un de ces bords qui semble se couvrir de quelques fongosités suspectes. Il sera peut-être nécessaire d'attaquer ce côté par un peu de pâte de Vienne..

Le second fait concerne un homme de 50 ans environ, d'assez mauvaise constitution, qui portait un cancer ulcéré à la partie externe du jarret, de la largeur de la moitié de la main à peu près. Cette affection s'était déclarée dans le tissu d'une vieille cicatrice qui existait dans cette partie par l'action d'une brûlure. Le caustique a été appliqué comme précédemment en le circonscrivant d'abord d'une bordure de pâte de Vienne. Encore ici le travail d'élimination s'effectue en ce moment sur toute la masse circonscrite bien que l'arsenic n'ait été appliqué que dans le centre seulement. Ce travail n'est pas encore achevé, mais il est manifeste. Chez ce malade il est survenu des symptômes d'intoxication assez sérieux, mais ils se sont appaisés spontanément. On les combat heureusement au besoin à l'aide de petites prises répétées d'eau-de-vie dans de l'eau sucrée. L'urine de ce malade, ayant été analysée par M. Chatin, a fourni des taches arsénicales à l'appareil de Marsh ; mais on sait que ce mode d'analyse n'est pas concluant. D'autres expériences seront faites comparativement avec d'autres caustiques ; nous en rendrons compte. Ajoutons en attendant que M. Robert vient d'adopter chez la première malade le traitement intérieur que nous avions proposé, savoir un mélange de carbonate de fer, de sulfate de quinine et de petite cigue officinale.

— On n'a pas encore des idées assez complètes sur l'action des caustiques chimiques dans le traitement du cancer. C'est qu'on n'avait tenu compte que de la seule action destructive, et l'on avait méconnu l'action dynamique de voisinage, aux alentours des tissus soumis au contact immédiat du topique, par une sorte d'intoxication *in situ*, due à l'endosmose de la substance employée, et l'action dynamique générale, par suite de l'absorption. A cette double action vitale se rattachent des effets d'une grande importance, savoir, des effets propres à éteindre tout le foyer de la sécrétion morbide, puisque l'effet toxique modificateur s'insinue dans les tissus profonds, plus loin et mieux que le bistouri ne pourrait le faire. Aussi la sphère d'action est-elle toujours plus large par ce mode de traitement, ainsi que cela ressort évidemment des faits précédents ; nous en avions signalé la réalité et le principe dans plusieurs articles que nous avons donnés sur cette importante question. D'autre part, ces effets sont capables de modifier heureusement la condition morbide générale qu'on appelle la diathèse. C'est là un fait d'une très grande valeur pratique, sur lequel nous ne cessons d'apppeler l'attention et qui milite en faveur de l'emploi des caustiques, préférablement au bistouri dans le traitement du cancer. Un second point est relatif à l'importance du traitement interne. Malheureusement cependant, peu de chirurgiens jusqu'ici goûtent ces observations.

Varices. — Un homme robuste portait au membre inférieur droit des varices assez volumineuses et un

large ulcère variqueux près-malléolaire. M. Robert avait d'abord lié la saphène en dedans du genou à l'aide d'une épingle et d'un fil. Plus tard il a fallu lier la même veine au tiers inférieur de la cuisse ; l'ulcère s'était cicatrisé. Enfin il a fallu lier la veine redevenue variqueuse plus haut, au quart supérieur du membre. Pour cela, M. Robert s'est servi d'une forte application de pâte de Vienne, ainsi qu'on l'avait conseillé, comme propre à coaguler le sang et oblitérer le vaisseau ; mais il n'en a rien été. L'action du caustique a été nulle sur le sang vivant, et ce liquide a fait irruption effrayemment de la veine après la chute de l'escarrhe. Il a donc fallu se hâter d'exercer une compression ; malgré cela, la petite plaie a longtemps continué à donner un peu de sang, ce qui a retardé de beaucoup le résultat de l'entreprise. Il résulte donc de là que la cautérisation qu'on avait tant vantée contre les varices ne vaut pas la méthode ordinaire de la ligature temporaire avec une épingle et un fil. Nous avons vu plusieurs malades opérés de la sorte par M. Roux, guéris sans accidents en dix, douze jours.

Hôtel-Dieu (M. Blandin).

Ablation de la langue. Ligature. (*Procédé nouveau*).—Une femme âgée d'une trentaine d'années, bien constituée en apparence, avait été opérée d'un cancer à la langue, par M. Chassaignac. Malgré la précision de cette opération le mal est revenu et la femme a été reçue dans le service de M. Blandin La tumeur occupe les trois quarts antérieurs de la partie latérale droite de la langue, et elle offre, d'ailleurs, tous les caractères du cancer. Il eût été assez difficile de l'enlever à l'aide de l'instrument tranchant à cause des artères qu'il fallait diviser et des hémorrhagies inquiétantes qu'il y avait à craindre. M. Blandin a donc préféré la ligature qu'il a appliquée de la manière suivante. — Une aiguille légèrement courbe sur le plat, de la forme d'une petite spatule, à manche fixe, à chas vers sa pointe, a été armée de deux fils-rubans, dont un blanc, l'autre noir, afin de ne pas en confondre les chefs pendant la manœuvre. Le fil blanc a été passé dans le chas de telle sorte que ses deux chefs se trouvaient de même longueur, comme quand on veut coudre avec un fil double. Le fil noir a été passé à peine, c'est-à-dire, l'un des chefs est resté près du chas, tandis que l'autre chef pendait beaucoup plus long. L'aiguille, armée de la sorte, a été dirigée sous la langue ou entre la langue et le plancher buccal. Un doigt indicateur porté dans cet endroit a servi de conducteur à l'instrument, et l'on a piqué de bas en haut et d'avant en arrière sur le point sain postérieur, savoir, entre la base de la langue et la limite postérieure de la tumeur. La pointe de l'aiguille sortie ainsi sur la face dorsale de l'organe, l'opérateur a saisi l'anse ou le milieu du fil blanc sur le chas, l'a tiré à lui et l'a coupé avec des ciseaux, de sorte que ce fil blanc s'est trouvé en former deux. Ces deux fils, dont un chef de chacun était sous la langue, l'autre sur sa face dorsale de cet organe, ont été dirigés, l'un d'avant en arrière, l'autre transversalement, et leurs chefs fixés dans deux serre-nœuds constituent ainsi deux ligatures, l'une antéro-postérieure, l'autre transversale sur les limites saines du mal.— Pendant ces dispositions du double fil blanc, l'aiguille était restée en place portant le fil noir à son chas ; l'opérateur a alors retiré l'instrument à mi-chemin dans l'épaisseur même de la langue, et en le poussant de nouveau il en a fait sortir la pointe sur le bord latéral gauche au niveau de la base, où il a *déchâssé* le petit chef du fil noir. Il a retiré tout à fait l'aiguille et fixé les deux chefs de ce fil autour de la face inférieure de la langue à l'aide d'un autre serre-nœud. De cette manière, la langue s'est trouvée étranglée dans tous les sens par trois ligatures bornées à la partie malade, savoir, une antéro-postérieure, une seconde transversale, une troisième horizontale à la face inférieure ; et tout cela à l'aide de deux fils et de deux points d'aiguille dirigés par un même trajet en forme d'un Y. Cette description n'est peut-être pas facile à comprendre d'un seul coup-d'œil, mais si on veut la suivre pas à pas avec une aiguille à la main, on la trouvera ingénieuse, aisée et importante ; nous venons de la répéter sur un petit rouleau de papier simulant la langue, et l'on peut s'en former ainsi une idée nette. Les trois serre-nœuds ont été fixés entre les arcades dentaires. Le troisième jour, la tumeur était déjà mortifiée ; tout fait espérer un heureux résultat de la ligature comme opération ; mais comme remède, c'est là une autre question.

—*P. S.* Aujourd'hui, dixième jour de l'opération, les ligatures n'ont pas encore tombé, la tumeur se putréfie dans la bouche, la malade souffre beaucoup ; on lui fait des injections chlorurées dans la bouche.

La théorie généralement admise de nos jours en France, à l'égard du cancer, c'est que cette maladie est locale en origine. Aussi, se borne-t-on à ne traiter que la localité à l'aide de l'instrument tranchant ou des caustiques ; et l'on ne s'occupe guère de l'état constitutionnel. Qu'arrive-t-il ? Au bout de quelques temps le mal récidive. On l'opère encore si la chose est possible, et puis l'on est toujours à recommencer après les nouvelles récidives, jusqu'à ce que l'altération constitutionnelle devient tout à fait patente. On dit alors que l'affection est devenue diathésique, et l'on déclare les malades perdus.—Nous avons, dès la création de ce journal, protesté contre cette manière de faire, en nous appuyant sur l'autorité de plusieurs grands maîtres et sur des faits faciles à constater, et nous avons posé nettement les indications thérapeutiques générales que ces sortes de cas réclament dans leurs diverses périodes. Peu de praticiens cependant goûtent ces réflexions, et l'on préfère errer avec la routine plutôt que d'essayer l'application des nouvelles données dynamiques. Cela est triste, il faut le dire, car il s'agit ici de la vie d'un grand nombre de malheureux qu'on pourrait souvent sauver ou soulager. Nous ne voulons pas répéter les faits et les raisons qui autorisent les nouvelles prescriptions que nous avons si souvent exposées et qui donnent les plus heureux résultats ; les chirurgiens n'y croient pas, et pourtant ils ne les ont jamais essayées et ils préfèrent n'y rien faire !

PROLAPSUS DU RECTUM. Dans le dernier numéro nous avons parlé, pag. 305, d'un cas de prolapsus du rectum chez une jeune femme que M. Blandin venait d'opérer d'après le procédé de Dupuytren, savoir, par l'excision rayonnante de la peau préanale, et nous faisions remarquer qu'une pareille opération devait souvent échouer, lorsque surtout le plancher périnéale était très flasque, comme chez cette femme, et que la phlogose de la muqueuse rectale persistait

après l'opération. C'est ce qui est arrivé précisément chez cette malade. Aujourd'hui, un mois après l'excision, le mal se trouve à peu près au même point qu'avant l'opération, la muqueuse tombe par la seule station debout de la patiente et l'ouverture anale se laisse déplisser, dilater par elle, et elle reste béante, malgré les cicatrices rayonnantes. M. Blandin se propose de réopérer cette femme par excision de la muqueuse relâchée. Il faut noter, cependant, que cette malade est sujette à des entérites qui occasionnent du dévoiement, des coliques et des épreintes fréquentes pour aller à la garde-robe, circonstances qui rendent probablement difficile la guérison du prolapsus rectal Nous trouvons au reste dans ce fait, la confirmation complète des remarques que nous avons présentées dans le dernier numéro, et nous insistons de nouveau sur la méthode dynamique et sur les caustiques comme plus propres à guérir radicalement cette infirmité.

PARALYSIE DE L'AVANT-BRAS. *Acupuncture. Guérison.* —Un homme dont nous avons parlé dans le dernier numéro, p. 314, était atteint de paralysie à l'avant-bras, par suite d'une distension forcée que ce membre avait essuyée. On l'a tenu quelque temps en observation à l'hôpital et rien n'a changé; la paralysie était complète, les doigts et le poignet restaient dans la flexion, le moindre mouvement volontaire était impossible, et, chose digne de remarque, la peau elle-même était insensible dans tout l'avant-bras, jusqu'à l'articulation du coude. Enfin, M. Blandin a voulu tenter, il y a aujourd'hui huit jours, l'acupuncture. Il a donc introduit en notre présence une aiguille sur la face dorsale du coude, précisément à l'endroit où le nerf cubital se contourne sur ce point et qu'on sent très bien entre l'olécrâne et le condyle huméral; une autre aiguille dans la direction du nerf radial en avant, dans la même région. Ces aiguilles ont été tournées entre les doigts pour les faire mieux filer jusqu'aux cordons nerveux, et elles ont été laissées en place de cinq à dix minutes. Au moment de leur introduction le patient n'a rien senti, mais bientôt il a accusé une sensation d'engourdissement dans les deux derniers doigts, et il a pu remuer un petit peu ces deux doigts. Aussitôt après, un phénomène pareil s'est manifesté dans le radial, et le patient a pu faire bouger légèrement le pouce et l'indicateur. Les aiguilles ont été retirées et le malade est retourné à son lit. Le lendemain il pouvait déjà étendre volontairement les doigts et le poignet. La motilité volontaire a progressé depuis, et aujourd'hui, huitième jour, le patient étend et remue assez bien les doigts et la main, la sensibilité de la peau a reparu. Tout fait espérer que cette amélioration sera progressive et que la paralysie finira par disparaître complètement. On n'a pas répété l'acupuncture depuis. Ainsi, une seule operation a suffi.

—Ce résultat de l'acupuncture, dont nous sommes pour la première fois témoin, nous a paru extrêmement remarquable. Nous connaissons si peu la manière d'être des nerfs dans un grand nombre de paralysies, que l'on doit tout essayer pour la guérison, alors même que le mode d'action du moyen qu'on propose semble inconcevable. On prétend que la présence de l'aiguille à acupuncture, dans la substance d'un nerf, dégage de l'électricité; cependant, nous devons dire que l'électricité elle-même a constamment échoué entre nos mains, quelle que fût l'espèce de paralysie à laquelle nous ayons eu affaire. Au reste, la science possède plusieurs cas de paralysie et de névralgie guéris à l'aide de l'acupuncture; mais, nous l'avouons, c'est toujours avec une sorte de méfiance que nous lisons ces sortes de guérisons, par la raison que les détails en sont souvent ou peu concluants ou exagérés. Le cas actuel de l'Hôtel-Dieu néanmoins est incontestable.

Hôpital Saint-Louis (M. JOBERT).

GANGRÈNE SÉNILE. — Un homme, âgé d'une cinquantaine d'années, maçon, de petite taille, d'intelligence bornée, de constitution plutôt chétive, à visage aviné, a été reçu pour être traité d'une mortification spontanée du deuxième orteil du pied du côté droit. Cet orteil est noir et comme momifié jusqu'à la ligne métatarsienne. Le malade y avait accusé des douleurs lancinantes vives, lesquelles ont cessé tout à fait depuis que la mortification est complète. Le troisième orteil paraît un peu rougeâtre, comme érysipélateux à sa face dorsale; il est cependant chaud et sensible au toucher. Le patient présente, au reste, des ossifications artérielles partout, à la poplitée, à la crurale, à la radiale; les battements du cœur, quoique réguliers, sont forts et secs; le malade se plaint de palpitations, d'étouffements et de lassitude générale, précisément comme les sujets chlorotiques; les carotides et l'aorte abdominale battent très vivement. M. Jobert a fait couvrir le doigt gangréné avec un linge enduit de styrax, et abandonné la séparation à la nature; il a craint, avec raison, que l'action du bistouri dans l'articulation métatarso-phalangienne n'entraînât des accidents. Le malade est bien nourri, d'ailleurs. La partie est lavée à chaque pansement à l'aide de l'eau-de-vie camphrée. Il est à craindre, au surplus, que la même affection ne se déclare sur d'autres orteils, vu les ossifications artérielles dont nous venons de parler, et qui donnent à cette observation un véritable intérêt.

— Dupuytren avait parfaitement compris la gangrène sénile en la rattachant à une artérite chronique. De là découlait une indication fondamentale, l'usage des saignées et des autres remèdes antiphlogistiques comme propres à borner le travail mortificateur. Cette manière de voir n'a malheureusement pas été goûtée par les chirurgiens : aussi la plupart restent-ils dans l'expectation au lit de ces sortes de malades, et ils ne prescrivent tout au plus que quelques topiques alcooliques. Quant aux médecins, ils ne tiennent pas davantage compte de la condition essentielle, et ils regardent la gangrène sénile comme la conséquence d'une obturation artérielle par des caillots formés dans des artères ossifiées. Nous tenons à la médication de Dupuytren, parce que nous la croyons bien basée. Par suite de cette caractérisation, dont la justesse est incontestable, le traitement interne qui convient comme propre à limiter le travail mortificateur et à prévenir les récidives si fréquentes et si graves, doit avoir pour base les remèdes hyposthénisants vasculaires, tels que le sulfate de quinine, le seigle ergoté, la scille, les limonades minérales, un régime alimentaire doux et l'abstinence absolue des alcooliques. On se plaît à répéter que c'est le caillot dans les artères qui produit la gangrène. Le caillot cependant n'est assez souvent qu'un effet de la mortification, et, sans l'artérite capillaire, il ne pourrait se comporter que comme les ligatures artérielles qui

n'entraînent pas la gangrène. L'artérite *capillaire* n'est guère étudiée ni même connue en France. Nous traiterons cette question à l'occasion de la chlorose.

Fistule pénienne. *Guérison.* — Nous avons, dans le temps, parlé d'un cas de fistule dans la portion pénienne de l'urètre, et que M. Jobert venait de guérir à l'aide d'un lambeau autoplastique emprunté à la peau du scrotum, relevé carrément et cousu contre la brèche accidentelle. On voit en ce moment un cas pareil dans le même service, opéré dernièrement et guéri de la même manière. Ces faits résolvent un problème chirurgical d'une grande importance. Il est remarquable, au reste, qu'il faut revenir deux, trois fois à la même opération pour réussir complétement chez le même individu, la première tentative échouant presque toujours en partie, le lambeau se gangrénant à son sommet; mais cela suffit déjà pour faire rétrécir la brèche et disposer les tissus à mieux recevoir un second lambeau, jusqu'à ce que l'ouverture finisse par se boucher. La peau du scrotum est si extensible qu'elle se laisse aisément soulever et recoller dans tout le trajet du pénis.

BULLETIN OPHTHALMOLOGIQUE

Ulcère cancroïde a la paupière inférieure. — Guérison (M. Blandin). — Un homme, âgé de 50 ans passés, portait à l'angle palpébral interne un ulcère cancériforme de la largeur d'une pièce de 1 fr ou un peu plus, occupant précisément la paupière inférieure. Le mal avait débuté par un bouton et marché très lentement comme les cancers cutanés; il offrait au reste toutes les apparences d'un *noli me tangere*; ses bords et son fonds étaient lardacés. A la tempe existe une petite dureté du volume d'un pois, mais elle ne dépend pas probablement du mal palpebro-nasal, les lymphatiques de cette région se dirigeant, comme on sait, vers l'angle de la mâchoire. M. Blandin a diagnostiqué un cancer, et il se proposait d'en faire l'excision et d'importer ensuite un lambeau autoplastique dans la brèche. Il y avait bien entendu ectropion et épiphora. Dans ces entrefaites, on a songé à cautériser la partie avec de l'acide nitrique presque anhydre, fumant, et l'on a vu avec satisfaction que la surface se cicatrisait; on a insisté sur le même topique et la guérison a été prompte et complète, et, chose remarquable, la paupière s'est relevée, l'ectropion et le larmoiement ont disparu, et le malade est parfaitement guéri aujourd'hui.

— Plusieurs fois déjà nous avons fait remarquer que, dans l'état actuel de l'art, l'on devait regarder comme presque inutiles les opérations autoplastiques proposées pour les paupières, par la raison que la nature se suffit à elle-même dans cette région. Quelle que soit, en effet, la portion de paupière qu'on enlève, la peau voisine de la joue ou du front va la remplacer, et la paupière reprend spontanément sa fonction. Nous avons rapporté des cas d'excision de toute une paupière, ou même des deux paupières d'un même œil être suivi d'une restauration spontanée parfaite, et chose admirable, les nouvelles paupières, même la supérieure, ont joui d'une motilité volontaire suffisante pour la fonction. Les cas, d'ailleurs, d'autoplastie artificielle, que nous avons vus aux paupières nous ont parus si imparfaits, que nous n'en sommes guère partisans. M. Blandin, au reste, ne pratique l'autoplastie, dans les cas de cancer, que parce qu'il croit que cela prévient la récidive du mal; c'est là une autre question. Notre manière d'envisager le traitement du cancer est si en désaccord avec cette doctrine, que nous ne voulons nous y arrêter pour le moment.

Cas grave d'exophthalmie rhumatismale aigue (orbitite); *par M. Porter, médecin à New-London* (Amérique). — Une petite fille, âgée de six ans, a été attaquée, au commencement d'octobre 1841, de scarlatine, qui régnait alors sporadiquement. L'éruption a été plutôt légère, la phlogose angineuse peu importante; les parents se sont abstenus de requérir d'abord un médecin. Aucune imprudence n'a été commise ni de température, ni de régime, d'après le dire des parents. Le dixième jour de l'apparition de l'éruption, des indices de fièvre se sont déclarés, suivis de symptômes de jaunisse, la conjonctive et la peau s'étant colorées, l'urine étant rouge et rare, les fèces grisâtres. Cet état a continué pendant une semaine, et il provenait sans doute d'une phlogose gastro-duodénale. Ce mal s'est dissipé, et il a été suivi de symptômes d'irritation du reste du tube intestinal, avec fièvre, prurit au nez, grincements des dents, garde-robes fétides et décolorées, et autres phénomènes propres aux fièvres rémittentes chez les enfants. Il s'en est suivi une diarrhée abondante, puis des symptômes de rhumatisme intense aux articulations des membres, vers le quinzième jour de l'éruption. L'affection articulaire existait d'abord aux poignets et aux coudes, puis elle est passée aux coude-pieds. Ces régions étaient si douloureuses qu'on ne pouvait les bouger ni les toucher sans faire jeter les hauts cris. Le gonflement cependant était modéré. — Les symptômes précédents ont été attaqués à mesure qu'ils se sont montrés. D'abord, la jaunisse, par les contre-irritants sur l'estomac et sur le foie, par le calomel, par la poudre d'ipéc. comp. et par des lavements laxatifs. La diarrhée, par de doux cathartiques (poudre de rhub. deux parties, hydrarg. chlor. une partie). Le rhumatisme, par des fomentations anodynes, des synapismes et de la poudre d'ipéc. comp.

Début de la maladie de l'œil. Un mois après le début de l'éruption, les douleurs rhumatismales qui continuaient depuis quinze jours ont commencé à diminuer, lorsque l'œil droit s'est gonflé et est devenu douloureux. On croyait d'abord que ce gonflement tenait à la paupière, mais on s'est bientôt assuré que c'était l'œil lui-même qui était affecté, puisqu'il proéminait d'un demi-pouce, à trois quarts de pouce, ce qui donnait à la physionomie un aspect hideux; il était très dur et ferme au toucher. Il n'y avait pas hydrophthalmie, mais un véritable exorbitisme oculaire. Les paupières ont pris une couleur rouge foncé ou pourpre, et le prolapsus de l'œil a tellement augmenté qu'elles se sont écartées forcément l'une de l'autre d'un quart de pouce. Les cils se trouvaient par cette cause éloignés entre eux. La conjonctive offre un aspect tout particulier; elle forme un bourrelet autour de la cornée, comme dans le chémosis, et des plis pendants; mais sa couleur est ambrée, et son tissu est rempli de sérum plutôt que de sang. L'iris est à peine visible, la cornée étant matte et nuageuse dans sa portion non couverte par le bourrelet chémosique. La faculté visuelle est abolie, probablement depuis plusieurs jours. La patiente n'accuse pas une grande douleur dans l'œil; mais elle se plaint d'un sentiment de distension, ou de démangeaison constante dans les paupières gonflées; la pression y produit une douleur extrême, mais les légers frottements lui sont agréables. — On prescrit un vésicatoire à la région

du cœur, du calomel, de l'opium, du colchique; l'état de la malade s'est amélioré, l'œil est rentré petit à petit dans l'orbite au bout de trois semaines, et il a fini par s'atrophier, avec persistance de la perte de la vue; les paupières se sont enfoncées sur le moignon. On a remarqué qu'à mesure que l'œil rentrait dans l'orbite, les douleurs aux articulations des mains et des poignets reparaissaient avec gonflement, et des symptômes de péricardite se sont déclarés, avec anxiété, douleur lancinante dans la région du cœur, palpitations, dyspnée et impossibilité de se coucher sur le côté gauche; en outre, des défaillances de temps en temps, suivies de sueurs froides et de la fièvre; mais le pouls n'a pas paru assez fort pour permettre des évacuations sanguines. L'enfant a guéri. (The Amer. jour. of med. sc., janv. 1845.)

— L'auteur rappelle que le docteur Ferral a publié dans le Dublin journal (juillet 1841) un fait analogue au précédent. Il s'agit aussi d'un rhumatisme articulaire fébrile aigu, généralisé, accompagné ou suivi de douleurs intenses dans un œil, et d'exophthalmie très prononcée. M. Ferral s'est rendu compte du phénomène par l'hypothèse suivante. Il s'est rappelé que le globe oculaire est renfermé dans une capsule fibreuse, ou dans un fascia décrit par Ténon en 1804, sous le nom de *tunica vaginalis oculi*. Ce fascia, qui enveloppe la sclérotique en arrière, vient se joindre ou se confondre avec le repli conjonctival autour du globe. Il en résulte, par la jonction de ces deux membranes, une véritable coque ou cavité close dans laquelle s'exécutent les mouvements du bulbe. Or, l'auteur suppose que le rhumatisme, ou plutôt la phlogose connue sous ce nom, attaque le fascia intra-orbitaire de Ténon, détermine, comme dans les articulations et dans le péricarde un épanchement de liquide, lequel s'étale ou s'infiltre d'abord autour de l'œil et pousse la conjonctive en avant, sous forme de chémosis séreux; puis à mesure qu'il s'accumule en arrière, il expulse le globe, occasionne l'exophthalmie, et comprimant le nerf optique, il occasionne l'amaurose. Il s'agit, comme on le voit, d'un hydrorbitisme rhumatismal comme cause de l'exophthalmie, analogue à l'hydropéricarde ou à l'hydrarthrose rhumatismale. Nous devons faire remarquer que les cas de ce genre coïncident souvent avec une maladie du cœur, dont ils dépendent. Corvisart l'avait déjà noté (Mal. du cœur, chap. I), et avant lui, Morgagni et Testa, de Bologne. Nous avons rencontré nous-même deux fois cette affection, mais dans des circonstances un peu différentes; une fois chez une jeune dame de haute condition, soignée par M. le docteur Lebreton, pour laquelle nous avons été consulté et qui a fini par guérir. Nous en avons parlé, au reste, dans les généralités de notre dernier traité d'ophthalmologie. Quand le mal est attaqué à temps par les antiphlogistiques énergiques, en particulier par les saignées répétées, par le tartre stibié, combiné au sulfate de quinine, au seigle ergoté, au sulfate de magnésie, au nitrate de potasse, à la digitale, etc., il guérit et la vue peut être conservée. Les médecins cependant n'ont pas de confiance dans ces remèdes, et peu d'entre eux consentent à les prescrire.

PROPOSITIONS CLINIQUES.

Abcès froids. — Un homme, âgé d'une quarantaine d'années, portait à la nuque un abcès froid du volume des deux poings; M. Jobert l'a ponctionné avec un trois-quarts et vidé; il y a injecté de la teinture d'iode pure, et la guérison s'est heureusement et promptement accomplie sans le moindre accident. Les faits de ce genre se multiplient à la journée; nous en avons cité nous-même un pareil, beaucoup plus volumineux, à la face postérieure de la cuisse, et guéri de la même manière à Saint-Louis. Désormais le traitement des abcès froids ne doit donc pas chercher ailleurs que dans l'injection iodée ses meilleurs succès. Après l'injection, le kyste se solidifie en offrant au toucher une masse de matière mollasse, comme cotonneuse.

Tumeurs hématiques. — Un individu, couché dans le service de M. Blandin, avait reçu une forte contusion sur le pubis, une tumeur sanguine, par ecchymose circonscrite, s'est formée sur cette partie, offrant le volume et la forme d'un gros œuf de poule, et persistant dans le même état depuis plusieurs semaines. Un autre, reçu à la clinique de M. Velpeau, offre précisément une tumeur pareille dans la région sterno-claviculaire droite, sous l'influence de la même cause. L'une et l'autre de ces tumeurs sont dures à la base, indolores, sans changement de couleur à la peau, l'ecchymose périphérique ayant disparu depuis longtemps. Sans le commémoratif de leur génèse, le diagnostic serait fort douteux, sinon impossible, avant l'opération. La persistance indéfinie de ces sortes de tumeurs hématiques ramène naturellement la réflexion sur les avantages de la méthode adoptée par M. Velpeau dans leur traitement au début, (l'écrasement à l'aide des doigts et l'étalement de la masse sanguine sur une grande surface absorbante) avant qu'un travail phlogistique n'entoure les caillots pour produire, soit un kyste isolateur, soit un abcès quelquefois fâcheux.

Hydrarthrose. — Un jeune homme avait été opéré dernièrement par M. Velpeau, d'une hydrarthrose au genou, à l'aide de la ponction et de l'injection iodée; nous en avons donné les détails. Aujourd'hui, deux mois après l'opération, le mal n'est pas tout à fait guéri, des concrétions albumineuses s'étant formées dans la synoviale et glissant sous la pression des doigts autour de la rotule; le genou est toujours un peu gros et empâté, mais indolore; le patient peut marcher, néanmoins. M. Velpeau ne regarde pas ce résultat comme bien satisfaisant. La conséquence qu'il est permis de tirer, c'est que jusqu'à présent l'injection iodée ne paraît pas un remède sur lequel on puisse généralement compter dans le traitement de l'hydrarthrose.

Maladies des petites articulations. — Un homme, âgé de 45 ans environ, couché dans les salles de M. Gerdy, à la Charité, présente une affection sourde de toutes les petites articulations du tarse et du métatarse du pied droit, laquelle a entraîné un ramollissement et un relâchement de tous les ligaments de ces articulations, sans que l'articulation tibio-tarsienne soit endommagée. Il en est résulté un véritable pied-plat accidentel, qui rend la démarche et même la station debout impossibles; affection fâcheuse, presque incurable dans l'état actuel de l'art, du moins dans nos hôpitaux. Pas de gonflement, pas d'œdème, ni de douleur à la peau du pied; pourtant l'usage du pied est anéanti. Nous avons vu un cas pareil l'année dernière, dans le service de M. Robert, à Beaujon; ces sortes de faits forment cependant le triomphe des eaux minérales. N'est-ce pas fâcheux de voir les chirurgiens de nos jours si indifférents à l'étude de cette précieuse ressource?

TOXICOLOGIE.

ARSENIC. *Note sur l'application de l'état sphéroïdal à l'analyse des taches produites par l'appareil de Marsh ;* adressée à l'Académie des sciences, par M. Bontigny (d'Evreux). — « Etant donnée une *tache* produite par l'appareil de Marsh, déterminer si elle est ou non arsénicale. La solution de ce problème par les anciens procédés analytiques est à peu près impossible ; mais en ayant recours à l'artifice qui suit, on peut facilement démontrer si la tache est due à de l'arsenic. On la circonscrit avec une bagnette de verre mouillée préalablement dans l'eau contenant 1/000 d'acide nitrique pur ; puis on fait tomber sur la tache une goutte de ce même acide au centième, de manière qu'elle ne soit en contact qu'avec un mill gramme environ d'acide réel. On chauffe légèrement, et quand la tache est asénicale, elle disparaît presque immédiatement ; elle est alors transformée en acides arsénieux et arsénique. On laisse refroidir la capsule, puis on fait arriver sur la partie où se trouvait la tache, un courant d'acide sulfhydrique provenant de la décomposition de l'eau sur le sulfure de fer par l'influence de l'acide sulfurique, et bientôt apparaît une *tache jaune* où se trouvait primitivement la tache miroitante, toujours dans la supposition que la tache était arsénicale. Le dégagement d'acide sulfhydrique du sulfure de fer est une condition *sine qua non* du succès. Celui qui provient de la réaction du sulfure d'antimoine sur l'acide chlorhydrique, laissant toujours déposer du soufre, détruirait la netteté des réactions ultérieures. La tache jaune, obtenue comme il a été dit ci-dessus, est dissoute dans un gramme d'ammoniaque liquide et bien pure ; on fait rougir une capsule en platine, et l'on y verse goutte à goutte la solution ammoniacale incolore qui passe à l'*état sphéroïdal*. Elle forme un sphéroïde très aplati, dont le diamètre horizontal diminue sans cesse, son axe ou diamètre vertical restant invariable. Lorsque le sphéroïde s'est transformé en sphère, et qu'il n'a plus que le volume d'un petit pois, on le touche avec un tube mouillé dans l'acide chlorhydrique ; alors le sphéroïde, d'incolore qu'il était, se colore en jaune ; on y laisse tomber une goutte d'ammoniaque, et il se décolore pour se colorer de nouveau en jaune, si on le touche avec de l'acide chlorhydrique.

« Ces alternatives de coloration et de décoloration peuvent se reproduire presque indéfiniment. C'est là un caractère qui appartient exclusivement au sulfure d'arsenic, qui a de l'analogie, par la couleur, avec le sulfure de cadmium ; mais ce dernier étant insoluble dans l'ammoniaque, les deux sulfures ne sauraient être confondus, et l'erreur est impossible. Lorsque les réactions qui précèdent ont été nettement obtenues, on place dans le sphéroïde un petit cristal de carbonate de soude du poids de 0, 05 ; on soustrait la capsule à l'action de la chaleur, et on la pose sur un plan métallique ; sa température s'abaisse rapidement, et le sphéroïde s'étale presque immédiatement sur la partie la plus déclive de la surface. — La petite masse saline qui en résulte est recueillie avec soin et placée au fond d'un tube scellé ; on fait rougir la partie qui contient le sel en question, en tenant le tube dans une position horizontale, et presque aussitôt apparaît sur la paroi supérieure du tube la tache qui existait primitivement sur la capsule. Le tube étant refroidi on le coupe de manière à isoler autant que possible la *partie tachée* ; on la pulvérise dans un mortier d'agathe, et on la projette sur un gros charbon en pleine combustion. On incline la tête au dessus du charbon à 20 ou 30 centimètres, et l'on perçoit l'odeur alliacée de l'arsenic. Alors le doute n'est plus permis, la tache était arsénicale. Cette dernière expérience doit être faite dans une pièce fermée, pour éviter les courants d'air qui feraient dévier la vapeur arsénicale. »

Sublimé corrosif.—M. le docteur Poumet (d'Orléans), connu par des travaux remarquables d'hygiène publique, vient de publier une brochure intitulée : *Recherches et expérimentations sur le proto-chlorure d'étain, considéré comme contre-poison du deuto-chlorure de mercure.* Ce travail a été dernièrement couronné d'une médaille d'encouragement par l'Académie des sciences ; c'est déjà dire, qu'il mérite un examen soigné. L'auteur est parti de ce fait chimique : que le proto-chlorure d'étain mis en contact du deuto-chlorure de mercure, dépouille celui-ci d'une partie ou de la totalité de son chlore ; il en résulte, d'une part, un bi-chlorure d'étain, d'autre part, du calomel ou du mercure métallique, suivant les proportions des deux composés mis en rapport. Il s'est par conséquent imaginé qu'en donnant une certaine dose de proto-chlorure d'étain à un homme empoisonné par le sublimé corrosif, il pourrait le désempoisonner et le guérir, en décomposant le toxique dans l'estomac, ainsi que d'autres toxicologues avaient prétendu le faire au moyen de quelques innocents blancs d'œufs. M. Poumet a donc passé à des expériences sur les animaux, et il a le bonheur d'annoncer 16 guérisons sur 23 animaux empoisonnés ; mais ne nous hâtons pas de conclure, car, qu'est-ce que ces guérisons ? C'est ce qu'il s'agit de voir d'abord.

1re et 2e *série*. Plusieurs chiens ; essais préparatoires. — 3e *série* ; un seul chien. On mêle ensemble une solution de sublimé et une solution de proto-chlorure d'étain, et on l'injecte dans l'estomac à l'aide d'une sonde. L'animal a été malade, mais il s'est rétabli. — 4e *série ;* deux chiens ; même procédé, même résultat ; — 5e *série ;* deux chiens ; le poison et le contre-poison sont mêlés ensemble, en poudre, et réduits en pilules. Guéris. Dans les séries suivantes, le poison et le contre-poison sont injectés dans l'estomac, mélangés d'avance ou séparément, l'un après l'autre de suite. Jusque-là les choses sont allées à merveille, mais à peine a-t-on attendu quelques minutes dans l'injection du contre-poison, les animaux ont succombé. Telle est la substance du travail que l'Academie vient de récompenser.

— Nul assurément ne mérite mieux des encouragements académiques que le jeune savant qui a enrichi la science d'un travail important sur l'aération des salles des hôpitaux ; mais on comprend à peine comment l'Académie des sciences ait pu donner son approbation à des expériences antitoxiques aussi illusoires, aussi absurdes, disons le mot, que celles qu'on vient de lire. Quoi ! on mêle d'avance le poison et le contre-poison, ou bien on injecte coup sur coup

les deux substances, et l'on dit : voilà des guérisons ! Des guérisons, de quoi? De rien du tout, puisque le poison est neutralisé d'avance! C'est absolument comme si quelqu'un se faisait fort de préserver des effets des brûlures, et pour cela, il prendrait un fer incandescent, le plongerait dans l'eau pour le refroidir; puis il l'appliquerait impunément sur la peau! Il est évident que dans aucune des expériences précédentes, il n'y a eu empoisonnement sérieux, si ce n'est dans la dernière série; et alors les animaux sont morts, ainsi que cela était facile à prévoir. Les composés métalliques, en effet, sont tous hyposthénisants comme le sublimé; en conséquence, c'est ajouter poison à poison de même espèce, que d'agir comme l'a fait M. Poumet. Rien n'est plus absurde, plus dangereux que ce système déplorable des neutralisants chimiques, enfanté par des demi-savants qui ne sont pas médecins, et que M. Poumet était pourtant en état d'apprécier à sa juste valeur. On veut neutraliser les poisons dans l'estomac alors qu'il est plus simple de les faire rejeter par le vomissement; mais la partie déjà absorbée? C'est là la grande affaire, la seule source des phénomènes toxiques qu'il s'agit de combattre. Or, que peuvent-ils vos neutralisants? Il faut espérer que le temps n'est pas éloigné où la toxicologie sortira tout à fait de la déplorable enfance où l'ont plongée depuis un quart de siècle des travaux ineptes et dangereux de cette force!

REVUE GÉNÉRALE.

Chorée. Sulfate de quinine. — Le docteur Triberti médecin en chef du grand hôpital de Milan, a traité avec succès deux cas de chorée à l'aide du sulfate de quinine, et dont on lira les détails avec intérêt :

1er *Fait.*— Mariani Carlo, âgé de 11 ans, a été reçu le 23 avril 1844, et couché au n. 45 de la salle Saint-Maure. Il y a deux mois qu'il a été pris de mouvements convulsifs à la suite d'un effroi. Ces mouvements étaient les mêmes que ceux que nous allons décrire et se sont répétés souvent; il est resté chez lui pendant ce temps et il n'a fait aucun remède. A l'examen il présente les mouvements les plus bizarres aux doigts, aux mains et aux jambes, qui s'agitent sans cesse involontairement; les bras se contournent tellement, que le patient ne peut porter directement à la bouche un objet quelconque. L'instabilité des mains et des jambes est telle, que le malade ne peut les garder un seul instant dans la même place, des secousses convulsives continuelles les contournant fortement, les attirant en divers sens. Les facultés intellectuelles sont saines; embonpoint normal, langue légèrement saburrale; ventre mou; peau un peu plus chaude qu'à l'état normal; pouls fréquent, raide, légèrement pyrétique.— *Prescript.* : potion laxative de l'établissement, 180 grammes (6 onces). Le malade a eu dix garde-robes, et rendu quelques lombrics. — Le 20, on prescrit 50 centigrammes (10 grains) de sulfate de quinine dans 300 grammes (10 onces) d'eau distillée avec addition de dix gouttes d'acide sulfurique. Ce remède est continué les jours suivants jusqu'au 30 du même mois.— Le 1er mai, on prescrit 1 gramme (20 grains) de sulfate de quinine, et 2 grammes de sucre, mêlés et divisés en six paquets; à prendre, un paquet toutes les deux heures. On donne en outre pour boisson 750 grammes (une livre et demie) d'une limonade minérale. On continue tous les jours la dernière prescription jusqu'au 10 mai. A cette époque le malade offre une amélioration des plus marquées, il dirige à volonté les mouvements de ses membres. Le 11, le patient accuse de la constipation : potion purgative.— Le 12, on revient au sulfate de quinine d'après la dernière formule. Déjà à cette époque tous les symptômes chroniques ont disparu; on permet des aliments substantiels et un peu de vin. Le 15, sorti; guérison complète.

2e *Fait.*— Bachetta Luigi, âgé de 12 ans, de Milan, a été reçu le 20 mai dernier dans la salle Saint-Vincent, pour être traité d'une chorée des plus prononcées. Cette maladie existe depuis 40 jours, et elle s'est déclarée à la suite d'un effroi. A l'examen, le malade présente des mouvements involontaires extrêmement bizarres aux doigts et aux mains, surtout à la main gauche. Les contorsions des mains et des bras sont telles, que le patient ne peut tenir un objet quelconque avec les mains; les épaules suivent les mêmes mouvements grotesques. Les membres inférieurs cependant ne présentent pas d'instabilité; mais la bouche se tord continuellement en divers sens, et la parole est fort gênée. Le patient, au reste, se porte bien, il accuse un appétit dévorant, mais il offre une certaine hilarité anormale, un rire continuel qui énonce un certain trouble dans l'encéphale. Embonpoint normal; pouls fréquent, raide, mais pas fébrile. Pupilles dilatées. On soupçonne la présence de vers dans l'intestin.— On prescrit pendant deux jours des remèdes anti-helminthiques, sans d'autre résultat que des garde-robes. On ordonne alors le sulfate de quinine comme dans le cas précédent, à la dose d'un gramme par jour. On continue ce remède à la même dose pendant vingt jours. A cette époque l'amélioration est très marquée, les mouvements des mains et des bras obéissent aux ordres de la volonté. Le 16 juin, sorti; guérison complète en 26 jours de traitement (Mémorial de la méd. contemp.).

— Quelle que soit l'opinion qu'on professe sur l'action dynamique du sulfate de quinine, et sur la nature de la chorée, les faits qu'on vient de lire n'en conserveront pas moins une valeur pratique importante. Pour nous cependant, qui tenons ce médicament comme non hyposthénisant vasculaire, et la maladie ci dessus comme une affection hypersthénique des membranes de la moëlle, le résultat précédent n'offre rien de surprenant, et nous tenons pour certain que la même guérison peut être obtenue par d'autres remèdes de la même famille. « Il est à remarquer, dit M. Triberti, que malgré la quantité considérable de sulfate de quinine que ces deux malades ont prise, ils n'ont pas présenté le moindre signe de gastro-entérite ou d'irritation gastrique, et je comprends à peine qu'en présence de tant de faits de ce genre que la science possède, il puisse se trouver encore des médecins qui se refusent à regarder le sulfate de quinine comme un hyposthénisant, et à l'administrer avec confiance même dans la gastrite et la gastro-entérite. »

Asphyxie des nouveau-nés. — M. le docteur Depaul vient de publier dans le *Journal de chirurgie* un intéressant mémoire sur la mort apparente des enfants nouveau-nés et sur l'insufflation de l'air dans les poumons comme moyen de secours dans ces cas. L'auteur s'attache principalement à la mort apparente dépendant de deux conditions très différentes. « Dans l'une, qui correspond à l'anémie de quelques auteurs et à l'asphyxie du plus grand nombre, la pâleur générale de la peau forme un des caractères les plus saillants; la mâchoire inférieure est pendante et la bouche entr'ouverte; la muqueuse buccale est décolo-

rée; les membres sont flasques; le corps abandonné s'affaisse sur lui-même; les pulsations du cordon sont faibles et lentes, quelquefois nulles. Tantôt cet état existe au moment de la naissance, alors que l'enfant n'a ni respiré ni crié; tantôt il survient seulement quelques instants après, lorsque déjà des cris et des inspirations avaient eu lieu. Il est ordinairement beaucoup plus sérieux que le suivant, et il reconnaît pour causes habituelles les naissances hâtives, la faiblesse congénitale, les obstacles à l'introduction de l'air dans les poumons, les pertes sanguines qui tiennent à des lésions du placenta ou du cordon, etc., etc. — Dans l'autre, qui représente l'apoplexie, toute la peau est colorée; celle de la face surtout offre une teinte livide bleuâtre. Les lèvres sont violacées et tuméfiées, les paupières écartées, les yeux saillants, injectés; la langue volumineuse, collée au palais. Le cordon est gros, plein de sang; la résolution des membres est moins complète que dans le cas précédent, quelquefois même ils sont le siége d'une certaine rigidité; les battements du cœur et du cordon peuvent être faibles et manquer entièrement. J'ajouterai que très souvent, dans les deux cas, on a pu constater l'expulsion prématurée du méconium. »

Dans l'un comme dans l'autre cas, M. Depaul s'est très bien trouvé des insufflations d'air dans les poumons, après avoir, bien entendu, essayé les autres moyens d'usage, savoir, les frictions et le bain chaud, ou le bain vineux thermal chez les enfants anémiques; la saignée par le cordon chez les enfants apoplectiques, etc. La quantité de sang à tirer ne doit jamais dépasser trois à quatre grandes cuillerées. On est quelquefois obligé de recouper une, deux, trois fois le cordon; et, dans quelques cas, on est forcé d'avoir recours à l'application de deux sangsues derrière les oreilles. « Pendant que le sang coule, il faut s'assurer que la partie supérieure des voies aériennes n'est pas obstruée par des mucosités qui se trouvent souvent en grande quantité au fond de la bouche, et les retirer avec le petit doigt recourbé en crochet ou avec les barbes d'une plume; si pendant ce temps la respiration ne s'est pas établie, si quelques percussions sur les fesses et les joues, si des frictions sèches sur la poitrine et la région précordiale surtout n'ont pas eu pour résultat de ranimer les battements du cœur et de stimuler l'action des muscles inspirateurs, il ne faut plus, après huit à dix minutes, compter sur l'efficacité de ces moyens, et c'est à l'insufflation pulmonaire qu'il convient de recourir, avec le soin de veiller à ce que le nouveau-né ne se refroidisse pas, cette insufflation devant quelquefois, avant de procurer un succès, durer plus d'une heure. »

L'auteur réfute péremptoirement par des expériences directes sur des cadavres de fœtus, et par des faits cliniques qu'il a observés pendant son internat à la Maternité de Paris, l'opinion qu'on avait accréditée concernant le danger des insufflations. Les expériences sur lesquelles cette opinion avait été basée ne sont pas concluantes, ou ne sont pas applicables à l'enfant nouveau-né; car les vésicules bronchiques jouissent dans le jeune âge de beaucoup d'élasticité et de résistance, et il faudrait pour les rompre y pousser l'air avec une force très considérable, ce qui n'a jamais lieu, à moins d'agir sans mesure aucune. M. Depaul s'est même assuré expérimentalement que pour faire pénétrer l'air dans tout l'arbre bronchique de l'enfant, il faut insuffler avec quelque force; car les parois de certaines portions de bronches sont fortement collées ensemble en vertu de leur élasticité naturelle. Pour pratiquer cette opération, l'auteur se sert d'une sonde en gomme élastique, et plus particulièrement de la canule de Chaussier qu'il introduit par la bouche dans la trachée, et il y pousse l'air, non avec un soufflet, mais avec la bouche, avec la précaution de faire une grande inspiration avant d'insuffler.

« Je ne connais pas, dit-il, de canule plus simple et plus commode que le tube de Chaussier, et en substituant à ses deux ouvertures latérales le trou terminal dont j'ai parlé, je crois qu'il ne laisse rien à désirer. L'enfant dont on entretient la température par des linges chauds souvent renouvelés, doit être placé de manière à ce que la poitrine soit beaucoup plus élevée que le bassin; il est bon toutefois que la tête soit un peu inclinée en arrière pour rendre saillante la partie antérieure du cou. Je débarrasse d'abord la bouche et le pharynx des mucosités qui peuvent s'y trouver; puis, avec l'indicateur ou le petit doigt de la main gauche, je suis la langue sur la partie médiane jusqu'à l'épiglotte. Je saisis alors de la main droite et comme une plume à écrire le tube de Chaussier, très près de son extrémité renflée, et je le fais pénétrer dans la bouche par sa petite extrémité en la conduisant le long du doigt qui est déjà placé dans cette cavité. Quand l'instrument est parvenu au niveau de l'entrée du larynx, je l'incline vers la commissure gauche des lèvres, et, par quelques légers mouvements, je cherche à soulever l'épiglotte, ce que j'obtiens en général avec assez de facilité; il suffit alors de redresser l'instrument et de le porter en même temps vers la ligne médiane pour que son extrémité traverse la glotte. Il est bien rare, en suivant les préceptes que je viens de tracer, de le voir s'engager dans l'œsophage. Cependant, pour plus de sûreté, on doit, avant de commencer les insufflations, promener le doigt sur le larynx et la trachée et s'assurer de sa convenable introduction. Les changements produits par l'introduction de l'air peuvent aussi le plus souvent faire juger de la bonne ou de la mauvaise situation de la canule. Quand il est poussé dans les voies digestives, un soulèvement considérable de la région épigastrique s'observe tout d'abord, et la base de la poitrine n'est soulevée que consécutivement. S'il est dirigé, au contraire, dans les organes de la respiration, la dilatation de la poitrine est uniforme, et l'abaissement du diaphragme seul produit la saillie de la partie supérieure du ventre. Lorsqu'on a constaté que le tube a pénétré dans le larynx, il est indispensable de prévenir le reflux de l'air que l'on va pousser; car la plaque circulaire garnie d'éponge qui appuie sur la glotte, ne bouche que très imparfaitement cette ouverture. On peut obtenir ce résultat par deux procédés également bons. Par l'un on se propose de fermer exactement l'entrée du larynx, et c'est avec l'extrémité du doigt indicateur porté dans le fond de la bouche qu'on y parvient. Par l'autre, que j'ai plus souvent employé, on force l'air a pénétrer dans les voies aériennes, en lui fermant toute issue par l'œsophage, la bouche et les narines. Une pression modérée exercée avec l'instrument, sert à appliquer la paroi antérieure de l'œsophage contre la postérieure. Avec le pouce et l'indicateur de chaque main, on pince fortement les lèvres, des deux côtés de la canule, et

on bouche les narines en pressant le nez entre les doigts médius relevés.

« Il s'agit alors de pousser de l'air dans les voies aériennes, et ici se présentent plusieurs questions importantes : 1° ce gaz doit-il être aussi pur que possible, à la température de l'atmosphère et par conséquent poussé par un soufflet; ou bien ne doit-on pas préférer l'air expiré par une personne saine et directement introduit par la canule? 2° avec quelle force faut-il le faire pénétrer dans les ramifications bronchiques? 3° pendant combien de temps doit durer cette respiration artificielle, et quelle fréquence convient-il de lui donner? J'ai déjà laissé entrevoir mon opinion sur le premier point, et, en effet, je n'hésite pas à donner la préférence à l'air qui sort directement de la poitrine. Les changements que lui fait subir la respiration sont si minimes, qu'on ne saurait s'appuyer sur la soustraction d'une petite quantité d'oxygène ou l'apparition de trois à quatre centièmes d'acide carbonique pour le repousser. Il n'y a dans ces modifications chimiques rien qui puisse faire redouter une action délétère ou la perte de qualités suffisamment stimulantes. Il est d'ailleurs facile de conserver, à peu de chose près, à l'air qu'on insuffle, les conditions dans lesquelles il était au moment de l'inspiration. Il suffit pour cela de faire, avant chaque insufflation, une grande inspiration, de manière à remplir non seulement les divisions bronchiques, mais encore la bouche et la trachée; on peut de la sorte se passer de l'air qui a pénétré dans les vésicules et perdu de ses propriétés par son contact avec le sang. J'ai toujours procédé avec cette précaution, et sans y attacher trop d'importance, je crois qu'elle est bonne à prendre.— Il n'est pas facile, pour répondre à la seconde question, d'indiquer avec précision l'impulsion qu'il convient de communiquer à l'air insufflé; mais, fort heureusement, et cela résulte de mes recherches, les vésicules pulmonaires ne sont pas aussi fragiles qu'on le croyait généralement : on peut non-seulement les dilater, mais encore les distendre avec force, sans les déchirer. Il y a cependant des limites à cette résistance, et, pour s'habituer à ne pas les dépasser et à mesurer en quelque sorte la force nécessaire pour obtenir la dilatation de tout le poumon, je crois qu'il est indispensable de faire des essais sur des cadavres de nouveau-nés, qui sont en si grand nombre dans nos amphithéâtres et qu'on utilise si peu. Les chirurgiens, avant de faire sur le vivant les opérations, même les plus simples, se sont exercés plusieurs fois sur les cadavres. Pourquoi les hommes qui se livrent à la pratique des accouchements se croiraient-ils dispensés de procéder avec les mêmes garanties?

« Le temps pendant lequel on doit insister sur les insufflations est très-variable, et je suis loin de l'opinion de M. Marc, qui voulait qu'on se contentât d'une seule; je suis également sûr qu'on ne ranimerait pas un certain nombre d'enfants si, suivant le précepte de Fothergill, on s'arrêtait définitivement à l'apparition d'une première inspiration spontanée. Les observations précédemment rapportées ont fait voir que tantôt un quart-d'heure était suffisant, et que dans d'autres cas il n'avait pas fallu moins de trois quarts-d'heure, ou une heure et demie. Dans certaines circonstances je n'hésiterais pas à continuer plus longtemps encore. Lorsque sous l'influence de l'introduction de l'air le cœur s'est ranimé, et qu'il bat de cent à cent trente fois par minute, je crois qu'il est du devoir du médecin d'insister sur ce moyen jusqu'à l'apparition d'inspirations spontanées qui se renouvellent au moins cinq à six fois par minute et qui se rapprochent de plus en plus; s'arrêter après une première serait, dans beaucoup de cas, compromettre la vie de l'enfant. Mais lorsqu'après avoir réveillé les battements du cœur et même obtenu quelques contractions du diaphragme et des muscles intercostaux, on voit tout cela s'affaiblir et disparaître, quoiqu'on n'ait pas discontinué les insufflations, on peut, après dix à douze minutes, abandonner définitivement les enfants : je n'ai jamais vu dans ces cas qu'on soit parvenu à les ranimer. Les insufflations doivent être assez rapprochées les unes des autres; je crois qu'il en faut faire de dix à douze par minute; j'en ai quelquefois porté le nombre jusqu'à quinze. Après chacune d'elles, l'élasticité des vésicules et des bronches suffit pour expulser à travers la canule la plus grande partie de l'air. Toutefois, il me paraît utile de rendre cette expiration plus complète par des pressions convenablement exercées avec la main largement appliquée sur la poitrine. On simule ainsi le jeu naturel de la respiration, on produit sur les muscles de la poitrine et sur le diaphragme des excitations qui peuvent avoir quelque utilité; enfin, peut-être, comme le pensent MM. Leroy, Duméril et Magendie, s'oppose-t-on de la sorte à la stagnation du sang dans les vaisseaux de l'abdomen et de la poitrine. Il est presque toujours nécessaire de retirer le tube une ou plusieurs fois pour le débarrasser des mucosités qui l'obstruent, et de s'assurer de temps en temps qu'il est toujours placé dans le larynx. Quand la trachée renferme des mucosités abondantes et quelquefois teintes de méconium, j'ai pu, à l'aide de quelques aspirations à travers le tube de Chaussier, en engager des quantités considérables dans son intérieur et rendre de la sorte la dilatation du poumon plus facile; je conseille donc l'emploi de ce moyen pour les cas où leur présence est indiquée par un bruit de gargouillement plus ou moins manifeste; mais c'est comme simple auxiliaire de l'insufflation, destiné à ouvrir une voie plus facile à l'air.

« Il est des enfants qui se raniment avec promptitude à partir du moment où la première inspiration spontanée a été obtenue. L'activité de la circulation, les cris et les mouvements étendus des membres sont des caractères qui annoncent l'apparition des conditions les plus favorables, et on peut alors cesser de s'occuper d'eux; il en est d'autres, au contraire, qui restent longtemps faibles, qui ne crient pas, et chez lesquels la contractilité générale est encore engourdie.

Ils font des inspirations incomplètes, irrégulières. Pour eux, l'insufflation doit être continuée beaucoup plus longtemps ; mais il faut cependant s'arrêter lorsqu'il y a déjà de six à dix inspirations par minute, car il importe de ne pas souffler lorsqu'une de ces inspirations s'effectue. L'insufflation, pratiquée dans un moment semblable, communiquerait à l'air qui s'introduit déjà à cause de la dilatation active de la poitrine, une impulsion beaucoup trop grande. Je termine en rappelant encore combien il est nécessaire de maintenir l'enfant à une température convenable, surtout pendant les saisons froides. » Voici quelques faits à l'appui des préceptes précédents.

1er *Fait.* — Pour mettre un terme à un travail qui durait déjà depuis longtemps et dont la prolongation n'aurait pas été sans inconvénients, un enfant venait d'être extrait par une application de forceps. Il donnait à peine quelques signes de vie, et sans quelques légers frémissements difficiles à constater, dans la région du cœur, on aurait pu le croire mort : la tête était le siége d'une congestion évidente ; aussi le premier soin consista-t-il à faire couler une certaine quantité de sang par le cordon qu'il fallut couper à plusieurs reprises pour faciliter l'écoulement. Après qu'on eut, pendant quelques minutes, inutilement essayé les moyens ordinaires, on me chargea, en désespoir de cause, d'insuffler de l'air dans les poumons, ce que je fis, en prenant la précaution d'entretenir avec des linges chauds la chaleur du corps. J'avoue que je ne comptais nullement sur un résultat heureux, tant l'état de l'enfant me paraissait grave ; en effet, avant de commencer, voulant m'assurer de l'état du cœur, il me fut impossible de retrouver ces frémissements dont j'ai parlé et qui existaient encore au moment de la naissance. Le tube laryngien fut introduit sans difficulté, et je fis des insufflations méthodiques. J'en avais pratiqué une douzaine à peine, que déjà la contractilité du cœur se réveilla, quelques contractions lentes et faibles d'abord se firent sentir, bientôt elles augmentèrent et je pus en compter de trente à quarante par minute. Au bout d'une demi-heure, le nombre s'élevait jusqu'à cent. La suspension de l'insufflation pendant une minute seulement, soit que je voulusse me reposer, soit qu'il devînt nécessaire de retirer le tube pour en faire sortir les mucosités qui l'obstruaient quelquefois, suffisait pour faire diminuer notablement les battements du cœur et exiger qu'on recommençât aussitôt l'introduction artificielle de l'air. Je continuai ce moyen pendant une heure et demie sans obtenir d'autre résultat que le rétablissement de la circulation dans son état à peu près normal, et ce ne fut qu'après avoir persévéré pendant aussi longtemps que j'eus le bonheur de voir une première inspiration spontanée s'établir. Dès ce moment, elles se renouvelèrent et se rapprochèrent de plus en plus, et il fallut encore près d'une heure pour que la respiration eût acquis sa fréquence normale. Cet enfant resta faible pendant quelque temps. Il fut conservé dans l'établissement pendant plusieurs jours, et lorsqu'il le quitta il emporta les mêmes chances de vie qu'un enfant qui naît dans les meilleures conditions.

— Le fait précédent, que j'ai eu occasion d'observer à l'hospice de la Maternité de Paris en 1839, pendant mon internat, est un de ceux qui m'ont le plus frappé. Il a eu pour témoins M. le professeur P. Dubois, et la sage-femme en chef de cet établissement. Il est bien propre, ce me semble, à faire accorder quelque confiance à l'insufflation pulmonaire. Il prouve surtout quelle persévérance il faut apporter dans l'emploi de ce moyen avant d'abandonner les enfants. Dans ce cas, en effet, cette respiration artificielle dut être continuée pendant une heure et demie avant de voir survenir une première inspiration naturelle. L'action de l'air sur la circulation se manifesta aussi d'une manière évidente et à plusieurs reprises. Il suffisait de suspendre l'insufflation pendant quelques instants pour qu'un ralentissement et un affaiblissement notables des battements du cœur survinssent, et qu'il ne fût pas prudent de prolonger ces interruptions. C'est à la congestion cérébrale qu'il faut rapporter l'état dans lequel naquit cet enfant.

2e *Fait.* — La fille Renoir, domestique, âgée de 20 ans, entra à la Clinique le 24 février 1841 ; elle était primipare et parvenue au terme de sa grossesse ; le travail avait commencé à trois heures du matin ; quatre heures après les membranes s'étaient rompues spontanément. Le liquide qui s'écoula était fortement coloré par le méconium ; depuis il se montra toujours avec les mêmes caractères. Cependant les pulsations du cœur fœtal étaient perçues avec leur fréquence et leur intensité normales ; mais bientôt la tête s'étant profondément engagée dans l'excavation, je pus constater une diminution notable dans le nombre des battements ; leur intensité ne me parut pas changée. Mais à onze heures moins un quart, je n'en comptais plus que quatre vingt-dix par minute ; seulement, à de rares intervalles et pour quelques secondes au plus, ils devenaient assez fréquents pour en imposer à quelqu'un qui n'eût pas suffisamment prolongé son examen, et faire croire à un rythme normal. Rien jusque-là ne rendait compte de l'expulsion du méconium ; mais une relation était facile à saisir entre ce phénomène et le trouble de la circulation fœtale. Je prévins immédiatement M. le professeur P. Dubois qui se hâta de faire une application de forceps. Cette opération n'offrit rien qu'il soit utile de relater ici, elle fut prompte et facile. Le cordon, qui n'avait que seize pouces de longueur, formait cependant un circulaire assez fortement serré autour du cou de l'enfant, qui était du sexe masculin et qui pesait sept livres. Sa vie paraissait gravement compromise. Le cœur battait quinze à seize fois par minute, la face était assez fortement colorée. Une petite saignée fut faite par le cordon ; puis, pendant sept à huit minutes, nous employâmes la plupart des autres moyens qu'on conseille en pareil cas, frictions, lotions froides, bain chaud, titillation de la luette, etc. ; mais tout parut inutile, les pulsations diminuaient encore ; je fus alors chargé de faire des insufflations dans les poumons. Je me servis du tube de Chaussier. Après quelques secondes, elles produisirent une amélioration marquée dans les battements du cœur. Au bout de cinq à six minutes, il y avait cent pulsations par minute, puis elles s'élevèrent à cent vingt. Le tube s'étant déplacé et l'air ayant été poussé dans le canal digestif, elles diminuèrent de nouveau. L'instrument ayant été mieux dirigé, le retour de l'air dans les poumons leur rendit leur fréquence. Ces insufflations durèrent trois quarts d'heure sans qu'aucune nouvelle amélioration fût obtenue ; enfin apparut une petite inspiration spontanée, due surtout à une contraction comme convulsive du diaphrapme ; plusieurs minutes la séparèrent d'une seconde, une troisième apparut un peu plus vite, bientôt nous en comptâmes trois par minute, puis quatre, puis cinq, puis six. Plusieurs minutes s'écoulèrent sans que ce dernier nombre augmentât, puis il s'accrut rapidement et bientôt on en compta jusqu'à dix-huit. La coloration du visage s'était progressivement dessinée. La résolution des membres avait cessé, une espèce de résurrection, pour me servir des expressions de M. Dubois, avait été opérée. Le nerf facial du côté droit ayant été comprimé par l'une des branches du forceps, on observait les phénomènes d'une

paralysie incomplète de ce côté du visage. Cette circonstance rendit la succion très difficile et fit recourir à un allaitement artificiel. Cet enfant, abandonné par sa mère, fut conservé plusieurs jours à la Clinique, et il était bien portant quand il la quitta.

— L'observation qu'on vient de lire n'offre pas moins d'intérêt que celle qui la précède. La brièveté absolue du cordon, augmentée encore par le circulaire qui existait autour du cou de l'enfant, explique parfaitement le trouble qui se manifesta dans la circulation utéro fœtale et la teinte verdâtre que présenta l'eau de l'amnios au moment de la rupture des membranes. L'auscultation intervint heureusement dans cette circonstance, en permettant d'apprécier l'instant où la temporisation devait cesser. Le cœur battait encore 90 fois par minute, lorsque l'application du forceps fut faite, et cependant on a vu combien la vie de l'enfant était déjà compromise. Après avoir fait une petite saignée du cordon et inutilement essayé de la plupart des moyens ordinaires, j'eus recours à l'insufflation pulmonaire, dont l'influence devint encore évidente en très peu d'instants, par l'accélération des battements du cœur fœtal, ou par leur diminution quand l'introduction artificielle de l'air était interrompue. Ce ne fut qu'après trois quarts d'heure de l'emploi de ce moyen qu'apparut la première dilatation naturelle de la poitrine, et il fallut souffler encore pendant quelques instants avant de pouvoir prudemment abandonner cet enfant à lui-même; mais enfin nous eûmes le bonheur de le rappeler définitivement à la vie.

3e *Fait.* — Dans le courant du mois de janvier 1842, un jeune médecin étranger que j'avais connu à la Clinique d'accouchement, me fit demander en toute hâte à une heure du matin, pour voir une dame qu'il venait d'accoucher, et dont l'état lui inspirait les plus vives inquiétudes, parce que, quelques instants après la sortie de l'enfant, elle avait été prise d'un violent frisson. Après avoir entendu le récit de ce qui s'était passé et avoir examiné moi-même la malade, j'acquis la conviction que mon confrère s'était alarmé sans motif, et que le frisson qui lui avait inspiré de si vives craintes n'avait aucune gravité; qu'il était de la nature de ceux qu'on observe si communément quelques instants après la délivrance, et qui témoignent seulement, sans qu'il en résulte aucune conséquence fâcheuse, du profond ébranlement subi par l'organisation tout entière. Après avoir fait partager la sécurité dont j'étais plein moi-même, je m'informai de l'état de l'enfant que je n'avais pas aperçu; j'appris qu'il était né anémique, sans avoir donné aucun signe de vie, et qu'on l'avait regardé comme définitivement mort, après avoir pendant quelques instants employé inutilement les moyens ordinaires conseillés en pareil cas. On l'avait enveloppé dans un drap, et il était provisoirement déposé sous une table. Je voulus le regarder par simple curiosité, et bientôt il me sembla que la région précordiale était le siége de quelques frémissements. La peau du visage et celle de tout le corps était décolorée, les membres étaient flasques. Une ligature convenable avait été appliquée sur le cordon. Je le relevai aussitôt, et ayant pris mon tube laryngien, je pratiquai l'insufflation pulmonaire. Il était né depuis vingt-cinq à trente minutes environ. Tout le corps fut enveloppé en même temps avec des linges bien chauds. Bientôt la circulation se ranima; des battements devinrent évidents au cœur et au cordon. Une première inspiration spontanée se fit au bout d'un quart d'heure, une seconde survint quelques instants après. Dès ce moment, elles se rapprochèrent de plus en plus: la peau se colora; quarante minutes s'étaient écoulées à peine depuis la première insufflation, que la respiration était à peu près aussi fréquente et aussi régulière que dans l'état normal; et cet enfant fut définitivement ranimé.

— Un pareil fait démontre jusqu'à l'évidence avec quelle persévérance il faut administrer aux enfants qui naissent dans un état de mort apparente les secours que leur état réclame. Celui qui fait le sujet de cette observation aurait perdu la vie, si une circonstance toute fortuite n'eût appelé mon attention sur lui. Il est à remarquer qu'il était né depuis une demi-heure lorsque la première insufflation fut pratiquée, et qu'au bout d'un quart d'heure seulement de l'emploi de cette respiration artificielle, on vit apparaître une inspiration spontanée. Ce fut encore sur la circulation que se manifesta la première influence de l'introduction de l'air dans les voies aériennes.

4e *Fait.* — Je dois à l'obligence de M. le professeur P. Dubois la communication du fait suivant. Il fut appelé dans le courant de l'année dernière auprès d'une dame étrangère qui était en travail depuis longtemps. L'auscultation lui ayant fait constater un trouble assez marqué dans la circulation fœtale, il crut nécessaire de faire une application de forceps. La résistance des parties génitales rendit l'extraction de la tête un peu difficile, et l'enfant donna à peine quelques signes de vie. M. P. Dubois employa pendant plus de dix minutes et sans succès, la plupart des moyens conseillés en pareil cas. Puis il pratiqua l'insufflation pulmonaire avec le tube de Chaussier introduit dans le larynx. Après quelques minutes de l'emploi de ce moyen, la circulation commença à se ranimer, et bientôt elle devint très fréquente; mais ce ne fut qu'après avoir insisté pendant une demi-heure sur cette respiration artificielle qu'une première inspiration spontanée s'opéra; peu à peu les contractions du diaphragme et des muscles intercostaux se rapprochèrent, et un quart d'heure plus tard cet enfant était complétement ranimé.

Maladies du coeur et de l'aorte chez les cordonniers. — « Non seulement les cordonniers, comme les autres ouvriers qui travaillent assis, fléchissent en angles et tiennent fléchies en plus d'un endroit les grandes branches inférieures de l'aorte, mais encore, plus ils se courbent en avant, plus ils compriment les viscères du ventre, qui est souvent rempli, dans la plupart d'entre eux, de nourriture et de boisson, et par le moyen de ces viscères le diaphragme lui-même; de sorte que le mouvement du sang est moins facile dans le ventre et dans la poitrine, parce que les branches des artères et le tronc lui-même éprouvent une constriction et deviennent plus étroits» (Morg., Epit. 18, n. 4).

Eaux de mer potables. — Le docteur Polli, de Milan, connu par ses remarquables travaux sur le sang, vient de communiquer au Congrès scientifique de Naples un procédé pour rendre potable l'eau de mer, à l'aide d'un courant électrique.

Lithotritie chimique. — M. Sémentini, chimiste italien, vient de communiquer au congrès scientifique de Naples un procédé pour dissoudre la pierre dans la vessie. Ce procédé consiste à injecter dans cet organe, à des époques plus ou moins rapprochées, un liquide légèrement acidulé avec de l'acide hydrochlorique, mêlé à un peu d'acide sulfurique. M. Sémentini s'est assuré que la vessie tolère parfaitement ce mélange, alors même qu'elle est catarrheuse ou autrement malade. Nous ne connaissons pas encore les faits que M. Sémentini a dû présenter à l'appui de son assertion.

Membranes muqueuses. — Dans un travail que le docteur Nicolucci, de Naples, a lu dernièrement, devant le congrès scientifique de cette ville, sur la structure intime des membranes muqueuses, révélée par le microscope, on

lit les conclusions suivantes : 1° Les membranes muqueuses se composent de deux couches, savoir, d'un épithélium et d'une lame muqueuse proprement dite ; 2° dans l'intérieur de cette lame muqueuse, surtout au niveau du réseau nerveux, on trouve des vésicules qui sont les organes secréteurs du mucus ; 3° les vésicules mucipares se réunissent d'espace en espace et forment un conduit qui vient s'ouvrir à l'extérieur à travers la couche épidermique ; 4° ces vésicules offrent des formes diverses, sphériques, ovoïdes, et sont revêtues d'un tégument sans organisation apparente ; 5° les vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques se distribuent à la surface de chaque membrane, sous forme de réseau extrêment fin ; 6° les diverses secrétions qui ont lieu dans les organes à surface muqueuse ne doivent pas être rapportées au simple mucus donné par elle, car il s'y adjoint en même temps la matière donnée par d'autres éléments organiques de la partie. C'est ainsi, par exemple, que dans les poumons la muqueuse est flanquée par le réticule vasculaire qui revet la surface externe des vésicules bronchiques ; dans le tube gastro-entérique s'adjoignent des glandules diverses, etc. ; 7° les membranes muqueuses jouissent d'une étroite sympathies entre elles.

PERCUSSION THORACIQUE. — M. Lanza, professeur de clinique médicale à l'Université de Naples, vient de lire au Congrès scientifique un travail sur la percussion thoracique, par lequel il a cherché à préciser les sons normaux de la poitrine de l'homme à la percussion, mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'à ce jour. Il est arrivé à cette conséquence, que ces sons varient à l'état normal, suivant la constitution des individus, et surtout suivant le timbre naturel de leur voix, lequel est lui-même en rapport avec la manière d'être des organes thoraciques. C'est ainsi, par exemple, que sur trois individus sains et dont l'un a la voix de *tenore*, l'autre du *basso*, l'autre du *baritono*, on peut dire d'avance que la percussion thoracique ne donne pas le même son. Chez le premier, le son est celui d'un tonneau parfaitement vide. Chez le second, le son est un peu voilé, comme si l'on percutait une caisse remplie de soie brute ou de coton. Chez le troisième, le son est mitoyen entre ces deux types ; et plus sa voix est étendue vers les tons aigus, plus son sommet thoracique offre à la percussion un son qui s'approche de celui de *tenore* ; si au contraire sa voix a plus de portée vers les tons bas, c'est sa base thoracique qui présente le plus de son à la percussion. De telle sorte que, un individu étant donné, M. Lanza peut dire, par la seule percussion thoracique, et sans l'entendre parler ni chanter, quel est le ton, le timbre et la portée de sa voix. M. Lanza a fait sur cette intéressante question une infinité d'expériences dont on prévoit aisément l'application clinique, car s'il est vrai que le type du son normal de la poitrine est variable selon la trame primordiale des tissus, c'est-à-dire selon la constitution, l'on doit, en cas de maladie, rapporter les sons anormaux de la percussion au type relatif à chaque individu, pour en bien saisir les différences. Il y a là, par conséquent, matière à un nouvel examen des données reçues, sur la percussion dans l'étude des maladies de poitrine.

TRANSACTIONS ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

TRAITEMENT DES LUXATIONS CONGÉNITALES DU FÉMUR. — M. le docteur Pravaz, directeur d'un établissement orthopédique à Lyon, a communiqué à l'Académie des sciences (séance du 10 nov.) un mémoire dont voici un extrait inséré dans les comptes-rendus des séances de ce corps savant. — « Le point théorique de la réductibilité des luxations congénitales de la hanche est résolu affirmativement aujourd'hui par les recherches anatomiques de MM. Simonin, Sédillot et J. Parise ; mais il n'en est pas de même du point de pratique. L'Académie a montré tout l'intérêt qu'elle prenait à cette question, en décernant à M. Humbert une récompense pour avoir amélioré l'état de quelques sujets affectés de claudication par suite de déplacement congénial ; elle m'a accordé à moi-même une mention honorable comme un encouragement à de nouvelles recherches sur les moyens propres à réduire ces luxations, et à consolider le rapport des éléments articulaires ; mais, en définitive, elle ne s'est prononcée ni sur le véritable caractère des résultats obtenus par M. Humbert, ni sur la valeur des faits que j'ai produits : or, il semble important, pour l'honneur de l'art accusé d'impuissance, injustement à mon avis, et pour l'avantage d'un assez grand nombre d'infirmes, qu'une solution soit enfin donnée, par une haute autorité scientifique, à cette question litigieuse. C'est pour préparer cette solution que j'ai sollicité de l'Académie des sciences, en 1843, la nomination d'une commission chargée d'examiner un jeune sujet de Paris, affecté de luxation originelle du fémur à gauche, que je me proposais de soumettre à mon système de traitement. Cette demande m'a été accordée ; la jeune infirme, après avoir été visitée par MM. Roux, Magendie et Breschet, a été conduite à Lyon, d'où je la ramène aujourd'hui guérie de sa luxation. Par une coïncidence heureuse, j'ai eu à traiter en même temps une autre jeune fille de quatre ans et demi, affectée de luxation congénitale double, qui avait été confiée à mes soins, d'après le conseil de M. le professeur Marjolin. Je la présenterai de même guérie à MM. les commissaires de l'Académie, avec les témoignages qui constatent authentiquement son état antérieur.

« J'ajouterai que ces faits, observés et discutés complétement, lèveront enfin l'incertitude qui règne dans la science sur la possibilité de remédier à une infirmité, non seulement nuisible au libre exercice des fonctions locomotives, mais qui, au point de vue de l'obstétrique, peut encore avoir des inconvénients graves pour les personnes du sexe qui en sont le plus fréquemment affectées. Le rapport qui sera présenté à l'Académie développera, mieux que je ne pourrais le faire, les considérations qui rendent doublement désirable la réduction, en temps opportun, des luxations originelles du fémur. Pour moi, je me bornerai ici à quelques courtes observations sur les résultats d'expériences que j'ai recueillis depuis dix ans. Je dirai d'abord que la comparaison des deux cas de guérison que je suis venu présenter à la commission nommée par l'Académie est d'un assez grand intérêt, en ce qu'elle établit une parfaite concordance entre les données anatomiques et les résultats variés de la pratique : ainsi elle conduit à cette conclusion assez inattendue, que la duplicité du déplacement, loin d'être une circonstance aggravante de l'infirmité, comme on serait disposé à le penser au premier aperçu, se prête, au contraire, plus facilement au rétablissement de l'intégrité des fonctions locomotives. La symétrie que conserve le

bassin des sujets affectés de double luxation, comparée à l'irrégularité que présente toujours cet os dans les cas de luxation d'un seul côté, explique très bien les succès les plus complets obtenus chez les infirmes de la première catégorie.

« Les symptômes que j'ai observés dans les premières semaines qui suivent la réduction offrent cette particularité remarquable d'être identiques à ceux qui accompagnent la luxation traumatique du fémur en devant, indiqués par Hippocrate, savoir, le gonflement et la douleur de la région inguinale, l'impossibilité de fléchir la jambe sur la cuisse, le trouble des fonctions de la vessie et du rectum. L'anatomie pathologique donne aussi la raison de cette conformité séméiologique. En effet, l'éminence ilio-pectinée étant fort déprimée et presque effacée dans les cas de luxation congénitale du fémur, les nerfs cruraux peuvent glisser facilement en dehors, avec les muscles psoas et iliaque entraînés par l'ascension du trochanter; de sorte que, lorsque la tête fémorale est ramenée en dedans par le fait de la réduction, ces nerfs sont véritablement refoulés et comprimés comme dans les cas où, leur position restant normale, la tête du fémur est luxée en devant.

« La plupart des chirurgiens qui ont écrit sur les luxations originelles de la cuisse se sont préoccupés beaucoup plus de la difficulté de les réduire que de celles de perfectionner le rapport des surfaces articulaires, et de rendre leur coaptation invariable; or, ainsi que l'avait fait pressentir Dupuytren, la seconde indication est de beaucoup la plus épineuse et celle qui demande le plus de soins et de persévérance. Arrivé à cette période du traitement, l'art doit imiter la nature dans le procédé qu'elle emploie pour créer les pseudarthroses, c'est-à-dire faire jouer fréquemment l'extrémité articulaire du membre réduit contre la dépression plus ou moins prononcée qui occupe la place du cotyle normal. Des appareils contentifs qui maintiennent la contiguité des éléments articulaires réciproques, des machines qui permettent le jeu de ces éléments les uns contre les autres, en supprimant l'action défavorable de la gravité, ont été inventés dans ce but et représentés par des dessins qui en montrent la disposition très simple. L'inaction obligée à laquelle les sujets, en cours de traitement, sont condamnés pendant assez longtemps, avant et après la réduction, est une circonstance propre à faire naître des craintes sur la conservation de leur santé, surtout lorsqu'ils sont dans le premier âge; une application heureuse du bain d'air comprimé a neutralisé l'influence pernicieuse du repos absolu, et maintenu contre elle l'intégrité des fonctions nutritives.»

Anévrismes. Guérison à l'aide de l'électricité galvanique. — M. le docteur Petrequin, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Lyon, vient d'adresser à l'Académie des sciences, dans la séance du 2 novembre, une note imprimée ayant pour but de prouver la possibilité de la guérison des anévrismes à l'aide d'un courant galvanique dirigé dans la poche sanguine, au moyen d'une petite pile et de deux longues aiguilles qu'on implante dans la tumeur en direction croisée. Un faible courant suffit pour faire coaguler le sang et convertir l'anévrisme en une tumeur solide, qu'on abandonne ensuite à l'absorption spontanée. Cette idée avait déjà été émise depuis quelques années, et essayée par plusieurs chirurgiens, sans succès. Nous l'avions nous-même expérimentée dans un cas de tumeur érectile au dos, sans résultat. M. Petrequin cependant a été plus heureux dans un cas de petite tumeur anévrismale à la tempe; mais il a échoué jusqu'à présent quand il a voulu l'appliquer à des anévrismes de quelque volume au plis du bras ou ailleurs; de sorte que le problème reste encore à résoudre : il mérite qu'on s'en occupe. Des objections sérieuses cependant se présentent : le sang vivant, c'est-à-dire circulant dans la poche anévrismale, n'est pas décomposable par l'action du courant, à moins que celui-ci ne soit très fort; mais alors on risque de gangréner la peau. C'est que les lois de la physique brute se taisent souvent en présence de celles qui régissent la matière vivante, et ce que la pile produit sur du sang extrait de l'économie cesse d'avoir lieu sur celui qui circule encore sous l'empire de la vie.

FAITS CRITIQUES.

Chlorose des environs de la Garonne. — Dans un compte-rendu de la pratique de dix années de M. le professeur Lordat, que publie le *Journ. de la Société médico-pratique de Montpellier*, on lit les détails d'un cas singulier de chlorose, laquelle a été suivie de syncopes et d'hémiplégie. « Les *saignées donnent*, dit l'auteur, *un sang tachant à peine les linges*! » — C'est que probablement cette femme avait bu de l'eau de la Garonne, de cette eau si merveilleuse qui produit quelquefois tout ce qu'on veut! Au reste, l'auteur parle des saignées; mais il ne dit pas positivement les avoir pratiquées chez cette malade. C'est ainsi qu'on écrit l'histoire! Un peu plus loin le savant rédacteur ajoute : « Un traitement sage, vigoureux, est rare-« ment sans résultat, et pourtant *on ignore là où siége le* « *mal*, c'est-à-dire que les *chercheurs de siége* l'ignorent « et pour cause; car *tous* les praticiens savent qu'il est dans « le sang. » — L'auteur n'a pas précisé ce qu'il entend par traitement *sage et vigoureux*. Un traitement vigoureux est sans doute toujours suivi de résultat; autrement il ne mériterait pas le titre de vigoureux, seulement ce résultat est quelquefois mauvais; et, s'il *est rarement sans résultat*, comme vous le dites, cela supposerait qu'il peut ne pas être vigoureux! «On ignore là où est le siége.» Ce *siége* est magnifique avec ce, *on ignore là où*! Et puis viennent les *chercheurs de siége*! De quel siége entendez-vous donc parler? Il est évident qu'il faut le *chercher* le siége pour le trouver, et il n'y a que les aveugles routiniers qui puissent passer à côté. « Tous les praticiens savent qu'il est dans « le sang, » dites-vous. Si *tous* le savent, à quoi bon le chercher? et où sont-ils donc les *chercheurs de siége?* C'est que *tous* ne partagent pas heureusement de pareilles inepties enfantées par une vieille médecine humorale. « Les chercheurs de siége l'ignorent, et pour cause. » Quelle est donc cette cause, indiquez-la, s'il vous plaît! Montrez-le donc, ce siége, nous vous en prions, à ceux qui ne le savent pas, puisque vous le connaissez si bien! Quelle suberbe logique et quel profond savoir!! Au surplus, quant au traitement, l'auteur se contente de mentionner les inconvénients de l'abus des ferrugineux, et il nous laisse ignorer quels sont ses principes thérapeutiques dans cette prétendue maladie du sang. Il nous laisse ignorer pareillement comment il s'est permis de saigner une malade dont le sang était, selon lui, blanc comme un linge. N'était-il blanc, par hasard, que parce qu'il était couenneux? Ajoutons enfin pour l'honneur du savant professeur Lordat, que ces articles ne sont pas signés de lui.

Législation relative à l'enseignement de la médecine et de la pharmacie. — Le Moniteur officiel du 21 novembre contient un rapport de M. de Salvandy, ministre de l'instruction publique, au Roi, par lequel il propose à l'approbation de S. M. la nommination d'une commisssion officielle de 32 membres (médecins, chirurgiens,

chimistes et pharmaciens), sous le titre de : *Haute commission des études médicales*, présidée par le ministre lui-même, ou, en son absence, par le doyen de la Faculté de médecine de Paris, et qui aura pour mission *de donner assistance* à M. le ministre pour préparer un projet de lois concernant l'enseignement et l'exercice de la médecine et de la pharmacie, pour être soumis à l'approbation du conseil de l'Université, puis du conseil même de S. M. avant d'être présenté aux Chambres législatives. « Il s'agit de régler, dit le rapport, les intérêts de la santé publique, le droit de toutes les classes de l'Etat à une égale distribution de secours, à l'exigeance égale des garanties et des lumières, les conditions des études et les sacrifices imposés à toute une partie de la jeunesse française ;.. .. la hiérarchie, les conditions et les droits du professorat à tous les degrés ; la part qui doit y être faite à la liberté ; *celle qui peut l'être à l'heureuse confraternité de la famille humaine, et en particulier du monde savant dans le temps où nous sommes ; par dessus tout, les développements et les progrès de la science ; car cet intérêt domine et résume tous les autres.* » — Des 30 membres de cette commission, 10 sont professeurs de la Faculté de Paris, 2 professeurs de la Faculté de Montpellier, 2 professeurs de la Faculté de Strasbourg. Le reste se compose de 2 agrégés de la Faculté de Paris, 3 professeurs d'Ecoles secondaires et plusieurs membres de l'Ecole de pharmacie de Paris, des membres de l'Académie royale de médecine et d'autres médecins connus par leurs lumières et leur caractère honorable. On ne trouve dans cette liste aucun nom qui représente la médecine vétérinaire, par la raison peut-être que la direction réglementaire de cette branche rentre dans les attributions du ministre du commerce. La nomination de cette commission a été reçue généralement avec satisfaction, sauf cependant quelques amours-propres désappointés. D'une part, l'Académie de médecine qui constitue le conseil légal du gouvernement dans ces sortes de questions, se trouve complétement *abandonnée* à ses savantes délectations habituelles; de l'autre, une commission officieuse qui vient de se donner le titre de *commission du congrès médical de France*, manifeste, par la voie de la presse, des signes de mécontentement. Ce sont là cependant des faits très secondaires, de peu de valeur : l'important est que le corps de lois soit bien élaboré par des hommes graves, capables, impartiaux, investis d'un caractère officiel, et que ces lois satisfassent les intérêts généraux. Il serait à désirer que les autres gouvernements imitassent l'exemple du ministre français à cet égard. On voit, au reste, dans les considérants du rapport, que M. de Salvandy se réserve, avec raison, de mettre le projet de sa commission en harmonie avec les intérêts politiques et administratifs de l'Etat, intérêts que lui seul, avec ses collègues, est chargé de surveiller, et que peu de particuliers connaissent. Il serait néanmoins à désirer que M. le ministre ne présentât pas ce projet aux Chambres avant de l'avoir soumis à l'examen des Académies de médecine et des sciences, ses conseils légaux, compétents.

Congrès dit médical de France. — Nous devons quelque compte à nos lecteurs d'une réunion qui a eu lieu dernièrement à Paris, de médecins, pharmaciens et vétérinaires, dans le but de soumettre à l'adoption du gouvernement un projet de lois concernant l'exercice de l'art. Cette réunion a laissé beaucoup trop peut-être parler d'elle, et elle n'a produit malheureusement, pendant les 15 jours de son existence, que ce qui était déjà prévu d'avance, savoir, beaucoup de bruit creux, des discours légers, d'un ton quelquefois peu parlementaire, des rapports plus ou moins singuliers, et des conclusions quelque peu indigestes ou biscornues. Des hommes graves ont refusé leur adhésion à ce congrès, et cela devait être, vu son absence de caractère officiel. On avait offert la présidence à M. Magendie qui n'a pas voulu accepter ; on s'est adressé à l'honorable M. Serre, parce que, à dit un journal, ce savant avait *une mimique grave* (sic), convenable au congrès! M. Magendie nous a dit, qu'il trouvait ridicule que des hommes dont le droit, dans une question à la fois générale et personnelle, se réduit à exprimer des vœux dans une simple pétition, laquelle ne peut servir que de renseignement aux hommes investis d'un caractère officiel, se réunissent avec fracas pour *lever la main*, comme s'ils pouvaient *dicter et sanctionner* les lois qui les concernent, et qui touchent en même temps aux intérêts du public et de l'Etat. Aussi les Facultés de médecine ni les Académies n'y ont pris aucune part. Ce congrès n'a donc été qu'une sorte d'élan individuel plus ou moins calculé. Nous disons *individuel*, car il n'a réuni que 4,000 et quelques adhérents ; or, il y a près de 40,000 médecins, pharmaciens et vétérinaires en France : en conséquence, il n'a pas eu la majorité dans le vote provoqué. Il se donne cependant le titre de *congrès médical de France ;* il serait plus juste peut-être de s'appeler simplement *français*, car il n'a pas réuni la majorité des suffrages. Au reste, la nomination de la commission ministérielle prouve suffisamment que les travaux de ce congrès restent comme de simples renseignements, et cela devait être, vu la célérité excessive de leur rédaction et les difficultés d'une élaboration mûre et équitable. Le discours du ministre au congrès l'avait assez laisse entendre, d'ailleurs. On comprend, en effet, que l'Autorité, qui veille sur les intérêts généraux, devait s'entourer de toutes les capacités possibles pour tracer des réglements aussi importants. Il est des questions bien autrement graves que celles dont on a parlé : de ce nombre est, par exemple, le réglement relatif à l'exercice *des maisons de santé particulières d'aliénés*, question sociale grave, s'il en fût, pour tous les pays civilisés, et que nous avons abordée dans ce journal (t. 2, p. 439). Nous avions, dans notre dernier numéro, déjà caractérisé la commission du congrès ; les événements prouvent que nous ne nous étions pas trompé. Puissent nos confrères d'Italie profiter des courtes remarques consignée dans ces deux articles !

Le tarif des pharmaciens. — Dernièrement on a expédié d'une pharmacie d'Europe une prescription, portant un mélange de 4 grammes de carbonate de fer et un gramme de sulfate de quinine, divisé en 20 paquets. On l'a fait payer quatre francs. Cette prescription a été exécutée six fois dans le mois, puisque le malade prenait quatre de ces paquets par jour, ce qui a fait une dépense de 24 fr. chez un malheureux qui, étant malade, ne pouvait travailler, et qui ne soutient sa famille que par une faible pension qu'il reçoit du ministère de la marine. Savez-vous combien coûtent chez les fabricants de produits chimiques, où le pharmacien les achète pour les revendre, les objets des six expéditions ci-dessus ? *Trois francs* 25 centimes ! Ainsi ce qui coûte 3 fr. est revendu 24 fr. au pauvre ! Et cela impunément, sans contrôle et sous la sauvegarde d'un privilége ! On pourrait citer une multitude d'exemples journaliers aussi monstrueux que le précédent. Le médecin, lui, fait son service à peu de frais ou gratis chez le pauvre ; il s'expose à tous les dégoûts d'un état pénible, dispendieux, dangereux même quelquefois pour lui ; il fait son devoir. A ce titre, il est le protecteur du pauvre, et il ne doit tolérer qu'on méconnaisse le malheureux dans l'exécution de ses prescriptions. En Angleterre, on punit d'une forte amende tout charretier qui frappe ou

maltraite autrement son cheval; en France, il est des lois sévères contre les boulangers, les bouchers; et l'on tolère pourtant de pareils abus envers le pauvre qui, durant sa maladie, n'a d'autre boulangerie que la pharmacie, d'autre protecteur que le médecin !

FAITS DIVERS.

— Le docteur Colombat, de l'Isère, dont la méthode de traiter les vices de la parole, en particulier le bégaiement, a reçu de l'Académie des sciences un prix de 5,000 francs, vient de reprendre ses cours à l'usage des bègues, qu'une longue maladie l'avait forcé de suspendre.

— Un concours va s'ouvrir prochainement à la Faculté de Montpellier pour la place de clinique chirurgicale laissée vacante par M. Lallemand. Parmi les juges de ce concours pris en dehors de la Faculté, est M. Sernin, de Narbonne, l'un des chirurgiens les plus instruits du midi de la France, et qui vient de subir avec succès l'opération de la cataracte.

Erratum. — Dans l'article sur la fièvre typhoïde du service de M Bouillaud, que nous avons donné dans le dernier numéro, il s'est glissé une petite erreur d'impression que l'auteur nous prie de rectifier. Il s'agit d'une malade qui refusa une seconde saignée et qui est sortie non le 5e jour, mais le 27e. Cela ne change rien, au reste, au fond des choses.

Lactation. — Il résulte d'un rapport fait au congrès scientifique de Naples, par une commission officielle, que l'hospice des Enfants-Trouvés de cette ville reçoit chaque année, terme moyen, 2,500 individus. De ce nombre, 500 sont donnés par l'administration à des personnes charitables qui veulent bien se charger de les faire élever; 400 à des nourrices à la campagne, qu'elle paye à raison de 18 *carlini* (9 à 10 fr.) par mois; les autres sont confiés à des nourrices entretenues dans l'établissement. Chacune de ces nourrices reçoit trois enfants; il a été prouvé que sur ces enfants élevés dans l'hospice, il en meurt 77 pour 100, ce qui tient, d'après la commission, à l'insuffisance de lait, une mère ne pouvant fournir pour trois nourrissons. Quelle barbarie en plein dix-neuvième siècle! Il paraît, au reste, que la lactation artificielle a donné des résultats plus effrayables encore, ce qui n'est guère concevable.

Hydropisie de l'ovaire. *Guérison spontanée.* — Une femme âgée de 28 ans était depuis deux ans affectée d'hydropisie de l'ovaire droite. Le volume de la tumeur était considérable et progressif, une saillie s'est montrée à l'ombilic qui a fini par se percer. Un torrent d'eau s'est écoulé par cette ouverture, laquelle est restée fistuleuse. Puis un écoulement puriforme a succédé. Le ventre s'est affaissé, le liquide a fini par s'épuiser et l'ouverture ombilicale par se cicatriser. La femme guérit tout à fait. Plus tard elle s'est mariée, est devenue enceinte et est accouchée d'un bel enfant; mais alors son ventre est resté gros et l'on s'est aperçu que la tumeur hydropique s'était reproduite. Cette tumeur s'est comportée comme la précédente; elle a fait des progrès et est venue s'abcéder à l'ombilic. Le liquide s'est évacué et la poche a fini par s'affaisser et ne plus secréter. L'ouverture ombilicale s'est cicatrisée et la guérison a été radicale (Medicinische Zeitung). — On rencontre bien rarement à la vérité des faits de cette nature, mais on peut regretter que de nos jours les chirurgiens ne visent à guérir ces tumeurs autrement que par l'extirpation.

BIBLIOGRAPHIE.

Du hachisch et de l'aliénation mentale, *par M. le docteur J. Moreau de Tours.*

Un vol. in-8° de 431 pages. Paris 1845; chez Fortin, Masson et Ce lib. — Le hachisch est le nom d'une plante dont le principe actif forme la base des diverses préparations enivrantes usitées en Egypte, en Syrie et généralement dans presque toutes les contrées orientales. Cette plante est commune dans l'Inde et dans l'Asie méridionale, où elle vient sans culture. C'est une espèce de chanvre qui diffère très peu de notre chanvre d'Europe. Les botanistes l'on nommé *cannabis indica.* La préparation du hachisch la plus commune, et qui sert en quelque sorte de principal condiment à presque toutes les autres, c'est l'extrait gras. Cet extrait qui ne se prend jamais seul, à cause de son goût vireux et nauséabond, sert à la confection de différents électuaires, de pâtes, de nougats, que l'on a soin d'aromatiser avec de l'essence de rose ou de jasmin. L'électuaire le plus généralement employé est celui que les Arabes appellent Dawamesc. Sa couleur (verdâtre) et sa consistance lui donnent un aspect peu agréable, du moins à nous autres européens; cependant il est agréable au goût, surtout lorsqu'il est fraîchement préparé; avec le temps, il a l'inconvénient de devenir rance : toutefois, il ne perd aucune de ses propriétés. Il faut prendre le hachisch à jeûn ou du moins plusieurs heures après avoir mangé, sans cela ses effets sont très incertains, ou tout à fait nuls. Le café paraît aider à leur développement, comme il abrège leur durée, en les rendant momentanément plus intenses. En général, il ne faut guère moins de la grosseur d'une noix de dawamesc, c'est-à-dire environ 30 grammes, pour obtenir quelques résultats. Avec la moitié ou seulement le quart de cette dose on éprouvera une gaîté plus ou moins vive, ou même un peu de fou rire; mais ce n'est qu'avec une dose plus élevée qu'on obtiendra les effets que l'on désigne généralement dans le Levant sous la dénomination italienne *fantasia.* C'est le mot gracieux consacré aujourd'hui pour exprimer les effets du hachisch, dont sans doute on ne fait plus usage que par caprice, habitude ou inclination.

Il est difficile, dans un résumé, de donner une idée de ce qu'on doit entendre par ces résultats. Il faudrait rapporter toutes les histoires des extravagances que l'esprit humain a manifesté dans ces temps présents et passés, car il paraît que le hachisch était connu dans la plus haute antiquité : M. Virey a prouvé que le *cannabis indica* était bien réellement le *népenthès* d'Homère, ce breuvage qu'Hélène donna à Télémaque chez Ménélas, pour lui faire oublier ses maux : c'était le breuvage merveilleux, suivant Jourdain, que les princes Ismaéliens faisaient avaler aux jeunes gens dont ils voulaient faire les ministres aveugles de leurs volontés. L'ivresse par le hachisch, dit Michaud, jette dans une sorte d'extase pareille à celle que les Orientaux éprouvent par l'usage de l'opium. Dans le Malabar, ces vierges belles et parées qui viennent dans le temple pour apaiser le dieu de l'abondance, et commencent à danser, à sauter, en faisant des cris, à fatiguer leur corps, à tourner leurs membres et leurs yeux, à jeter de l'écume et à faire des actions horribles, étaient sous l'influence d'une espèce d'électuaire dans la composition duquel entre le chanvre indien et que les brachmanes leur faisaient administrer pour tromper la multitude. Kempfer, qui a vu plusieurs de ces faits et les raconte, y fut pris lui-même avec ses amis, pour avoir ingéré dans un repas un bol d'un électuaire du Bengale. A peine l'eurent-ils avalé, qu'ils se mirent à rire et à s'embrasser, et que, montant à cheval, « il leur semblaient qu'ils volaient dans les airs sur les ailes de Pégase et qu'ils étaient entourés des couleurs de plusieurs arcs-en-ciel, etc., etc. Enfin, en 1841, M. Th. G..., rendant compte d'une *fantasia* qu'il s'est procuré à lui-même en prenant du hachisch, termine en disant : « Mais voilà bien assez de folies. Pour raconter

toute entière une hallucination du hachisch, il faudrait un gros volume, et un simple feuilletoniste ne peut se permettre de recommencer l'Apocalypse. » Tel est à peu près le sommaire des notions exposées dans la première partie de l'ouvrage de M. Moreau. Cette partie *historique*, n'est que l'introduction au travail principal qu'il s'est proposé en écrivant son livre

M. Moreau qui a voyagé en Orient, a été un mangeur de *hachisch*, d'abord par curiosité et aussi par entraînement; il a cherché ensuite, en physiologiste et en médecin, à interpréter l'influence qu'exerce cette substance sur les facultés intellectuelles. « J'ai vu, dit-il, dans le hachisch, ou plutôt dans son action sur les facultés morales, un moyen puissant, unique, d'exploration en matière de pathogénie mentale; je m'étais persuadé que, par elle, on devait être initié aux mystères de l'aliénation, remonter à la source cachée de ses désordres si nombreux, si étranges qu'on a l'habitude de désigner sous le nom collectif de *folie.* » Convaincu qu'on ne saurait comprendre mieux la nature d'une maladie que lorsque l'on en a soi-même éprouvé les symptômes, l'auteur a procédé par l'expérimentation directe sur lui-même, c'est-à-dire qu'il n'a pas craint de se rendre *fou* temporairement. Il était rassuré, il est vrai, par les observations antérieures qu'il avait faites de l'usage du hachisch. Il avait remarqué qu'en frappant, en désorganisant les divers pouvoirs intellectuels, il en est un qu'il n'atteint pas.... c'est la conscience de soi-même...; et quelque égaré que vous êtes, dit-il encore, par des illusions et des hallucinations de toute espèce, au milieu d'un monde fantastique, tel que celui dans lequel vous conduisent parfois vos rêves les plus désordonnés.... vous restez maître de vous-mêmes. C'est le *dawamesc* dont M. Moreau a fait usage. Sous l'influence de cette préparation, il a vu se développer, et il a pu suivre pas à pas tous les phénomènes psycologiques que l'on observe dans l'aliénation mentale : sentiment de bonheur, excitations, dissociation des idées; erreur sur le temps et l'espace, développement de la sensibilité de l'ouïe; influence de la musique; idées fixes, convictions délirantes; lésions des affections; impulsions irrésistibles; illusions, hallucinations. Tel est l'ordre dans lequel il classe ces phénomènes; c'est l'ordre dans lequel ils viennent apparaitre suivant les doses croissantes du médicament qui les produit : comme on les trouve dans l'état morbide auquel on les compare, suivant la continuité de la maladie. Les recherches que M. Moreau a consignées dans la partie physiologique de son ouvrage où il discute, avec une grande pénétration, les diverses phases de la lypomanie par les analogies de symptômes qu'il a constatés sous l'influence de l'action du hachisch, le conduiraient à poser la conclusion suivante.

L'excitation est le *fait primordial*, ou générateur de tout désordre de l'esprit; mais elle est essentiellement étrangère aux formes particulières que ces désordres peuvent revêtir. La succession des phénomènes est le résultat de la persistance d'action du fait primitif, dont ils expriment progressivement le degré d'influence morbide. Les idées fixes ne doivent point être confondues avec l'*erreur*. Un fou ne *se trompe pas*. Il est intellectuellement sous une sphère essentiellement différente de la nôtre. Il a eu la sensation, ou la perception réelle, comme nous l'avons en rêve, des objets ou des pensées qu'il rappelle; seulement, pour lui, l'état de rêve se continue dans l'état de veille : c'est ce qui constitue la folie. Le mangeur de hachisch, qui, après les accès ou dans les intervalles de lucidité et pendant leur durée, conserve intégralement ce *self-power* qui lui permet de juger les sensations passées, peut attester que les illusions ou les hallucinations auxquelles il a été soumis ont été des réalités pour tout son être pendant le temps qu'il en a été dominé. Mais l'étude des effets du hachisch, en lui démontrant leur parfaite analogie avec les phénomènes de l'aliénation, ne devait pas seulement le conduire à en interpréter, pour ainsi dire, le mécanisme; il pensa que cette substance pouvait agir contre l'affection qu'elle reproduisait comme par un mode homœopathique, que lui appelle, pour le cas présent, *méthode*, ou *médication substitutive*.

Voici, du reste, quelques uns des motifs qui poussèrent l'auteur dans cette direction : « 1° On pourrait regarder comme un axiôme de médecine mentale, que, tant que le délire (en dehors de la démence) conserve quelque acuité, on ne doit pas désespérer de la guérison; 2° Pinel, et avec lui tous les médecins des aliénés, ont vu l'aliénation mentale se juger par des accès d'agitation : et cela arrive précisément dans des cas où la durée du mal, la prostration, l'affaiblissement apparent des forces intellectuelles ôtaient tout espoir; 3° les guérisons coïncident le plus ordinairement avec le renouvellement des saisons, et il est loin d'être rare de les voir précédées d'un retour d'excitation; 4° j'ai remarqué plusieurs fois que lorsqu'il survient de l'excitation chez les aliénés paralytiques, on les trouve souvent plus raisonnables. De ces diverses considérations, il ressortait, pour nous, une indication précise, que nous pourrions formuler ainsi : conserver au délire tendant à l'état chronique son acuité première, ou bien rappeler cette acuité, la raviver lorsqu'elle menace de s'éteindre. L'extrait de chanvre était, de tous les médicaments connus, le plus éminemment propre à remplir cette indication, etc., etc. »

Nous avouons que nous n'avons pu suivre l'auteur, avec le même intérêt, dans cette dernière partie de son travail. L'ouvrage de M. Moreau est une œuvre trop sérieuse pour n'être pas convaincu, avec lui, de la puissance avec laquelle il a su conserver l'intégrité de son intelligence au milieu des égarements auxquels il a été obligé d'abandonner son esprit pour ces expériences. Cependant, dans les dernières inductions qu'il voudrait en tirer, on craint de voir quelques vestiges des illusions d'une dernière fantaisie. Les observations des essais tentés jusqu'ici à Bicêtre, ne sont rien moins que concluantes, de l'aveu même de l'auteur, qui d'ailleurs recueille des documents suffisants pour appuyer sa proposition, et qu'il se propose de publier. L'ouvrage dont nous venons de rendre compte doit prendre place dans la bibliothèque de tout médecin observateur, et qui aime surtout s'élever du lit du malade aux régions de la philosophie transcendante. Dr. Cappon-Veillon.

Studii, etc., Etudes sur les productions morbides accidentelles; par le docteur Benvenisti. Broch. in-4. de 36 pages. Padoue, 1845.

Trattato, etc., Traité de pathologie ophthalmique; par M. Pasero, prof. à Turin. Un vol. in-8. de 500 pages. Turin, 1845.

Sulla genesi, etc., De la genèse et de la cure du squirrhe et du cancer; par le professeur Gandolfi. Ouvrage couronné par le congrès des sciences en Italie. Un vol. in-8. de 412 pages. Milan, 1845.

De la lithérétie, ou De l'extraction des concrétions urinaires; par M. le docteur Cornay. Broch. in-4. de 56 pages, avec 12 planches. Paris, 1845.

Sur la strangulation, observations médico-légales; par M. le docteur Duchesne. Broch. in-8. de 54 pages. Paris, 1845.

Paris. — Imprimerie de LACOUR et C.,
rue St-Hyacinthe-St-Michel, 33.

Troisième Année. Ce Journal paraît le Ier de chaque mois. N° 10. — Janvier 1845.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE ET DE TOXICOLOGIE.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.
» Alibert. »

—

Eaux minérales des Pyrénées (2e *article*).

Un premier fait remarquable à l'égard des sources thermales des Pyrénées, et qui est conforme, au reste, à ce qu'on a observé dans un grand nombre d'autres sources, c'est que, depuis plusieurs siècles qu'elles sont fréquentées et étudiées, leur température est restée constante, toujours au dessous de l'eau bouillante. Ce fait, dans une région dépourvue de toute trace de volcan, comme les Pyrénées, conduit nécessairement à rattacher la thermalisation de ces eaux à la théorie généralement admise du calorique central, dont nous avons exposé ailleurs les principes (Voy. Ann. de thér. t. 1), et à faire émaner ces eaux de très grandes profondeurs, puisque le niveau d'émergence des sources pyrénéennes se trouve à une élévation de 2000 à 4000 pieds environ au dessus du niveau de la mer. La majorité des sources thermales ne présente à la surface du sol qu'une température inférieure à celle de l'eau bouillante; cependant, il en est qui ne sortent qu'à l'état de vapeur, ce qui suppose une température de plus de 100° c., attendu la pression incalculable à laquelle l'eau se trouve soumise dans les conduits souterrains et les quantités de sels dont elle est chargée. C'est précisément à cette circonstance, aux élaborations, aux transformations que l'eau subit dans le sein de la terre, que nous avons dû rapporter les qualités thérapeutiques si remarquables de ces eaux, et dont la véritable condition physique échappe jusqu'ici aux investigations analytiques de la chimie. Nous avons fait remarquer, en effet, que l'analyse chimique ne découvrait que de faibles proportions d'éléments minéralisateurs dans les eaux pyrénéennes, proportions tellement faibles qu'elles ne pouvaient rendre compte des cures surprenantes qu'elles produisent chaque années. Les éléments fixes, en effet, de ces eaux, s'élèvent à peine à la 3400e partie d'une quantité donnée de liquide. Il est même des sources pyrénéennes, comme celle de Capbern, par exemple, dont les eaux sont si efficaces, et qui en contiennent encore moins (trois grammes par 25 litres). On a remarqué que les sources les plus chaudes de cette région ne contenaient ni fer, ni d'autre substance métalliques quelconque. Il faut sans doute tenir compte, dans cette question, de l'influence salutaire de l'air, du voyage, du genre de vie que les malades mènent, plus conforme, peut-être, aux vœux de la nature, au milieu de ces montagnes; mais on se tromperait sûrement si l'on s'imaginait que la plus faible part des bienfaits revient aux eaux, puisque, d'un côté, les habitants de ces lieux qui guérissent à l'aide des eaux, n'ont rien changé à leurs habitudes; de l'autre, ceux qui vont à la campagne sans prendre les eaux sont loin de retirer les mêmes avantages que quand ils se rendent à ces sources. On sait d'ailleurs qu'à Cauteret, à Bagnères-de-Luchon, à Bonnes, au Mont-d'Or et ailleurs, on guérit tous les ans un grand nombre de chevaux catarrheux, poussifs ou asthmatiques, etc., à l'aide de l'eau de ces sources en boisson. On ne dira pas probablement que ce sont là des effets de la distraction morale !

Nous voulions déduire de ces remarques, que les eaux minérales des Pyrénées, surtout les sulfureuses thermales, constituent des composés presque organiques, élaborés dans les viscères profonds de la terre, et dont les éléments matériels véritables, ainsi que leur constitution physique, nous échappent. Aussi, pensons-nous que, dans l'état actuel des connaissances, les eaux des Pyrénées doivent être acceptées comme

un composé tout formé, presque secret et comparable à lui-même seulement. Rien, en effet, n'est plus absurde à nos yeux que de comparer, par exemple, les eaux d'Enghien à celles des Pyrénées, etc. Cela ne veut pas dire, cependant, que les eaux sulfureuses pyrénéennes soient sans pareilles dans leur genre, car nous en connaissons qui, sans être thermales, pourraient lutter avantageusement avec elles; nous citerons, par exemple, les eaux sulfureuses et iodurées de Challes, en Savoie.

Un autre fait plus remarquable encore dans les eaux sulfureuses des Pyrénées, c'est la présence d'une substance organique qu'on appelle barégine ou glairine, et dont on n'a pu jusqu'ici déterminer le caractère soit végétal, soit animal. « Comme les matières animales, cette substance dégage à la combustion une odeur ammoniacale; mais des observations microscopiques récemment faites, portent à croire que c'est une production végétale. Ce corps a une apparence muqueuse; il est doux au toucher et se présente sous des formes diverses : il est tantôt fibreux, tantôt floconneux, quelquefois compacte, d'autres fois membraneux. Sa couleur varie aussi du blanc au noir, du vert au rouge. On le trouve en abondance dans plusieurs des sources pyrénéennes dont les vertus médicales sont les plus actives, et c'est à sa présence que l'on attribue leurs propriétés onctueuses. On suppose encore que la glairine communique aux eaux une influence particulière pour la cure des rigidités musculaires, des contractions des tendons, et des affections rhumatismales chroniques des articulations. Il est à remarquer que cette substance ne se rencontre pas dans les sources sulfureuses de l'Allemagne. » (Taylor, Ouv. c. p. 229). — Nous avons déjà donné, dans ce journal (t. 1. p. 358; t. 2. p. 8, 85), trois articles sur le corps appelé barégine, sur ses variétés, son mode de formation, sa composition, et nous avons prouvé que cette substance est commune à un grand nombre de sources soit thermales, soit froides sulfureuses, alcalines, azotées, salines, etc. Un travail remarquable de M. Desnos, pharmacien distingué, à Alençon, entrepris à l'occasion des eaux de Réné (département de la Sarthe) et que nous avons reproduit (t. 2. p. 85), conduirait à cette conséquence, que dans son essence la barégine ne serait qu'un même corps dans toutes les sources où on la rencontre (de l'albumine). Si cette opinion, que l'auteur a basée sur des expériences, était confirmée par des recherches ultérieures, elle conduirait à cette conséquence, qu'au point de vue thérapeutique, le corps en question n'offre absolument aucun intérêt, attendu que l'albumine n'exerce aucune action dynamique médicamenteuse. Et quant à l'importance qu'on attache à la présence de ce corps, comme agent d'un effet adoucissant, résolutif sur la surface du corps, elle est tout à fait illusoire, selon nous. Il est facile de prouver, effectivement, que l'onctuosité, la mollesse que la peau acquiert après un bain de Barèges, par exemple, ne tient pas à l'action de la barégine, puisque un effet analogue s'observe pareillement aux sources qui ne contiennent point cet élément, surtout aux sources thermales et même à la mer. On comprend, d'ailleurs, qu'étant insoluble et inabsorbable, la substance en question ne peut exercer aucune action thérapeutique réelle. C'est donc à tort qu'on attribue en partie à ce principe les effets salutaires des eaux des Pyrénées. Que si l'on tenait à se rendre compte du phénomène que les eaux minérales produisent sur le derme, nous dirions que c'est là un résultat dynamique qui se rattache à l'action hyposthénisante de l'eau sur les vaisseaux capillaires périphériques.

Les eaux des Pyrénées ne doivent leur réputation que comme eaux sulfureuses thermales. C'est aussi à ce point de vue que nous allons les considérer, comme remède. Dans une suite d'articles que nous avons donnés sur les eaux sulfureuses en général (t. 1. p. 393, 432; t. 2, p. 1, 41), nous croyons avoir prouvé cliniquement et théoriquement que l'action véritable de ces eaux était essentiellement hyposthénisante vasculaire, et que cette action portait électivement sur le système capillaire externe et interne. Par suite de cette caractérisation, nous expliquions logiquement les guérisons nombreuses qu'on obtient à ces sources, de phlogoses chroniques, de la peau, des muqueuses, du parenchyme de divers viscères, des articulations, de la substance des os, etc. Pour comprendre pratiquement la question actuelle à notre point de vue, il est essentiel d'éliminer de l'action des eaux sulfureuses l'élément accessoire qui complique cette action, nous voulons parler du calorique. Sans cette précaution on n'arrivera qu'à des conséquences fausses, ainsi qu'on l'a fait jusqu'ici. Il est certain que la première action, l'action immédiate des bains de ces eaux est stimulante, excitante, congestive même jusqu'à l'apoplexie, si leur température est de beaucoup au dessus de celle du corps.

C'est à cette cause, en effet, qu'on doit attribuer les apoplexies pulmonaires observées pendant l'usage des bains thermaux, soit aux Pyrénées, soit ailleurs; et les médecins inspecteurs ne sauraient trop défendre aux baigneurs de s'immerger dans les eaux trop chaudes, des malheurs très graves pouvant s'ensuivre, même alors qu'on possède une excellente constitution. Cette stimulation est dûe au calorique qui est absorbé avant l'eau; mais aussitôt que le liquide passe à son tour dans l'organisme, par l'absorption qui s'effectue de tous les points du corps, son action dynamique propre se manifeste, et elle devient d'autant plus progressive que le séjour dans le bain est prolongé. La seconde action détruit la première, elle est essentiellement antiphlogistique, ainsi qu'il est facile de le constater aux phénomènes que nous avons indiqués dans les articles que nous venons de citer; c'est elle, elle seule, qui guérit les affections à fond d'excitation. Et c'est toujours à des maladies de cette nature qu'on a affaire; car, qu'est-ce un rhumatisme

chronique, une hydrarthrose, une arthrocace ou tumeur blanche, un catarrhe ancien, une affection dartreuse, un engorgement viscéral, une paralysie, un ulcère chronique, une plaie ancienne, etc., etc., si ce n'est des maladies à fond d'excitation ou hypersthénique qui s'exaspèrent constamment par les véritables stimulants, et s'amendent au contraire par les hyposthénisants ? Si les eaux sulfureuses étaient excitantes comme on le suppose communément, aucune de ces maladies ne s'améliorerait; toutes, au contraire, empireraient sous leur influence. Les eaux des Pyrénées font-elles exception à cette règle ? Nous ne le pensons pas, et c'est par une véritable illusion que tous les écrivains qui se sont occupés de ces eaux, leur attribuent une action stimulante, excitante, révulsive. Cette assertion est en contradiction flagrante avec les faits mêmes qu'on invoque en faveur de cette hypothèse. On a pris, par exemple, pour un effet de stimulation, le rétablissement des sécrétions des muqueuses, et les sueurs abondantes qui succèdent à l'usage de ces eaux ; mais c'est là une fausse interprétation. Il est d'observation, que, à part certains cas exceptionnels dont nous ne devons parler ici, les muqueuses ne se dessèchent ou bien ne sécrètent en excès que par le fait d'une irritation, d'une subphlogose sourde dans leur tissu ; les excitants augmentent cet état morbide. La sécrétion, au contraire, revient à ses limites normales sous l'influence de moyens antiphlogistiques, qui enlèvent la condition maladive. La sueur elle-même, qui survient pendant quelques heures après le bain, suppose un état de relâchement, d'hyposthénie des glandules et vaisseaux capillaires de la peau. Ce qui excite véritablement, distend les tissus, resserre les molécules animales, contracte les pores, congestionne, etc., et s'oppose à une sueur douce et abondante comme celle dont il s'agit. Pour ne pas sortir des eaux des Pyrénées, prenons pour exemple les cures qu'on obtient sur les chevaux aux eaux pyrénéennes, en particulier aux Eaux-Bonnes. Laissons parler M. Taylor.

« Avant de faire connaître, dit-il, les effets des eaux sulfureuses, il convient d'entrer dans quelques détails sur la nature et le siége des affections chroniques de la poitrine, dont nos chevaux sont le plus souvent affectés. Parmi ces maladies, les unes, comme la bronchite, affectent seulement la membrane muqueuse des bronches et ne s'étendent point sur l'organe essentiel de la respiration, tandis que d'autres ont leur siége dans le parenchyme même de l'organe. Il y en a qui semblent atteindre tous les tissus essentiels de cet organe. Il faut citer enfin la pousse qui, sans être une maladie, est seulement un groupe de symptômes appartenant à plusieurs affections différentes parmi lesquelles on peut citer les bronchites chroniques. La maladie qui, dans presque tous les cas, donne lieu à la poussse, est l'emphysème pulmonaire qui est, d'après M. Delafont, une altération des vésicules des poumons, consistant dans leur hypertrophie ou dans leur déchirure, avec épanchement d'air dans le tissu pulmonaire, occasionnant des dérangements notables dans l'acte de la respiration, altération ordinairement incurable et très fréquente chez les chevaux dits poussifs. — Les premières affections guérissent assez souvent aux Eaux-Bonnes, depuis le rhume de poitrine ou simple bronchite jusqu'à la bronchite chronique qui constitue également et assez généralement la pousse. Dans ce cas, les Eaux-Bonnes font passer la maladie de l'état chronique à l'état aigu en ramenant doucement et peu à peu les propriétés vitales de la membrane muqueuse à leur état normal, en produisant un changement sensible dans la manière d'être habituelle, et en modifiant la nature de son travail.

« Il existe en médecine vétérinaire, comme en médecine humaine, une affection de l'appareil respiratoire dans laquelle les Eaux-Bonnes jouent un grand rôle comme moyen thérapeutique ; cette maladie est connue sous le nom d'*angine chronique*, *esquinancie interne*, *étranguillon*, *mal de gorge*, mais n'est, à proprement parler, qu'une laryngite chronique. Les symptômes sont quelquefois effrayants, et à la moindre fatigue, ils prennent souvent un caractère aigu, la respiration devient tout à coup fréquente et très pénible. A la moindre pression à la trachée-artère, la toux devient quinteuse, et l'animal est souvent menacé de suffocation ; la respiration est plus fréquente, le pouls est vif et vite, les membranes sont d'un rouge violacé, mais généralement la marche de cette affection est lente et, à moins de complication étrangère, elle passe à l'état chronique et ne laisse de son existence qu'une toux sèche et la respiration plus ou moins gênée. Du reste, l'animal fait encore, dans cet état, un assez long service, à moins qu'il ne soit exposé à l'influence des causes extérieures qui agissent plus ou moins directement sur la partie affligée ; dans ces circonstances, elle peut être longue et tenace, mais elle ne produit jamais ou bien rarement des altérations organiques graves du thorax. Cette maladie est assez fréquemment liée et d'une manière très intime à la phthisie pulmonaire tuberculeuse des bêtes bovines, dont elle n'est qu'une grave complication. — Une autre espèce d'affection de poitrine qui s'attaque au tissu même de l'organe, et qui constitue la pneumonie passant facilement à l'état chronique, guérit quelquefois par l'usage des eaux sulfureuses, si du moins la maladie n'est point terminée en véritable altération organique. Les Eaux-Bonnes agissent alors comme un révulsif en faisant cesser la fluxion morbide dont cette partie du poumon était le siége, en l'étendant sur une immense surface de la peau, en chassant au dehors le produit de la sécrétion. »

Ainsi, la bronchite chronique, avec ou sans emphysème, la laryngite ou l'angine de longue date, et la pneumonie lente, telles sont les affections que l'auteur a vu guérir aux Eaux-Bonnes sur les chevaux dirigés par M. Mouzis, vétérinaire du Haras départemental des Basses-Pyrénées. On ne peut douter de la nature inflammatoire de la maladie dans ces cas, puisque des autopsies fréquentes ont mis la chose en évi-

dence. Ayant embrassé l'opinion généralement enseignée sur l'action des eaux sulfureuses des Pyrénées, M. Taylor, en bon logicien, se trouvait embarrassé pour expliquer ces guérisons. Dès lors il a fait intervenir deux doctrines différentes. Dans les deux premières maladies, les eaux font, a-t-il dit, passer l'affection à l'état aigu pour la ramener ensuite petit à petit à la résolution ; dans la troisième, il invoque l'hypothèse de la révulsion. Cherchez la preuve de ces explications qu'on adopte également à chaque instant dans les cures de même espèce qu'on produit chez l'homme à l'aide des mêmes eaux, vous ne la trouverez nulle part. Rien n'est plus inexact en effet que ces doctrines élastiques, créées presque exprès pour accréditer une autre erreur, la prétendue action excitante ou révulsive des eaux pyrénéennes. L'observation clinique, non prévenue, apprend que le catarrhe chronique, la laryngite et la pneumonite lente guérissent sous l'influence des eaux par un seul et même procédé, par résolution *directe*, par disparition progressive de la condition phlogistique, ce qui conduit au rétablissement de la fonction normale, précisément comme la saignée et les autres antiphlogistiques le font dans les inflammations aiguës. Aucun fait ne prouve que les premières maladies passent à l'état aigu avant de marcher vers la résolution ; et quant à la doctrine de la révulsion qu'on invoque pour la troisième affection, c'est là un rêve de médecine humorale accepté sans contrôle dans la technologie du jour, et dont nous avons plus d'une fois démontré l'inanité. On s'est trouvé embarrassé pour dire que la pneumonie chronique devenait aiguë pour guérir ; car les symptômes ne sont guère en rapport avec cette hypothèse, et l'on peut en dire autant de la bronchite, par le secours de l'auscultation. Nous devons cependant à la vérité d'ajouter qu'un peu plus loin M. Taylor considère les eaux pyrénéennes non plus comme stimulantes, mais comme altérantes, ce qui n'est guère plus clair à nos yeux. Concluons donc en disant que les Eaux-Bonnes guérissent ces maladies en vertu de leur action hyposthénisante vasculaire, comme le tartre stibié, et une foule d'autres remèdes analogues le font dans certains cas. Ce que nous venons de dire des Eaux-Bonnes, s'applique également à Cauteret, à Barèges, à Bagnère-de-Luchon ; car le principe d'action de ces eaux est le même dans toute la chaîne des Pyrénées. Elles émanent toutes effectivement de la même nappe-mère, bien que chacune d'elles se trouve plus ou moins modifiée dans son parcours. Indépendamment cependant de cette action générale, nous admettons les actions électives, ainsi que nous l'avons déjà dit ; et c'est en cela que consistent les différences que les eaux minérales présentent entre elles, au point de vue des indications thérapeutiques spéciales. La question de l'action élective de chaque eau minérale est très délicate et difficile à résoudre, surtout à l'égard des eaux thermales, leur composition étant plus complexe et moins connue que celle des eaux froides. — Nous continuerons ces études dans le prochain n°.

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

Thermalisation des eaux. — La théorie de la thermalisation des eaux minérales qui se rattache au calorique central vient d'offrir une exception remarquable que nous devons enregistrer. Il avait été constaté jusqu'ici, dans toutes les fouilles des mines, dans tous les forages de puits artésiens que la température, à diverses profondeurs, augmentait à peu près de un degré centig. par 30 mètres d'abaissement, et l'on avait déduit de ce fait la connaissance probable de la profondeur des nappes-mères d'eau, d'après la température que le liquide présentait à son point d'émergence à la surface du sol, dans les sources naturelles, soit thermales, soit athermales. Dans deux puits artésiens cependant qu'on vient de forer, l'un à Neuffen, dans le Wurtemberg, l'autre à Monte-Massi, en Toscane, l'accroissement de la température s'est trouvé de 1 degré par 10 mètres de profondeur dans le premier cas, et de 1 degré par 13 mètres dans le second. La différence est par conséquent énorme. Dans l'un et l'autre cas l'on a rencontré un terrain composé de roches basaltiques, dont l'origine ignée n'est plus douteuse aujourd'hui, et l'on suppose que c'est la chaleur conservée dans ces terrains qui a donné lieu au phénomène de l'exception ; mais c'est là une simple hypothèse. Quoi qu'il en soit, l'on peut déjà comprendre par là comment, dans des régions volcaniques, les eaux minérales peuvent se thermaliser à des profondeurs peu considérables et sans l'intervention du calorique central (Daubré, Lettre à l'Acad. des sciences).

Source ferrugineuse nouvelle à Lyon. — On vient de découvrir à l'extrémité du faubourg St-Clair, à Lyon, une source d'eau minérale ferrugineuse d'une grande importance pour les habitants. Plus de 300 malades se rendent chaque jour à cette source, ils s'en abreuvent et en retirent des effets salutaires. M. Dupasquier, qui a analysé cette eau, vient de publier dans le jour. de méd. de Lyon, un article dont nous extrayons les passages suivants:

« Cette source a été découverte dans le courant de 1843, en creusant un puits pour le service de la petite maison dans laquelle elle se trouve enfermée. D'après le rapport du premier propriétaire, il arriva d'abord à un poudingue à ciment calcaire, connu dans le pays sous le nom de *béton bâtard*. Ce poudingue, enlevé à une certaine profondeur, présenta tout à coup une source abondante. Mais, comme l'eau de cette source avait une saveur désagréable, le puits fut d'abord abandonné. Cependant quelques voisins, ayant entendu parler de cette eau, voulurent en goûter, lui trouvèrent une saveur ferrugineuse, ce qui engagea diverses malades du faubourg St-Clair à en faire usage, tentative qui, chez plusieurs, fut suivie d'un succès remarquable. Ces premières cures ayant été connues, le nombre des malades qui venaient prendre ces eaux alla toujours en augmentant. Ce fut alors que MM. Touplain achetèrent la maison où se trouve le puits à eau minérale, y compris la propriété de la source, dont ils se proposaient surtout de tirer un grand parti. Chargé par MM. Touplain d'examiner cette eau minérale, d'en reconnaître chimiquement la nature et de leur indiquer toutes les dispositions nécessaires à prendre pour la distribuer aux malades sans qu'elle subisse d'altération, je me suis occupé d'abord de m'assurer de l'existence de cette source d'eau ferrugineuse, que quelques personnes prétendaient être produite par le contact de l'eau du fleuve avec d'anciens débris d'une fabrique chimique, et qui, selon d'autres, n'était qu'une eau artificielle produite par des ma-

tières ferrugineuses introduites à dessein dans le puits, d'où on l'extrayait alors par une pombe en bois. A cet effet, j'ai d'abord ordonné d'enlever cette pompe, qui, d'ailleurs exerçait une certaine altération sur l'eau minérale, ainsi que je le rapporterai ailleurs; le puits, après cela, ayant été vidé et curé avec soin, j'y suis descendu et j'ai constaté que l'eau y arrivait non par infiltration, comme cela a lieu dans les puits qu'on creuse au milieu du gravier, sur les bords du fleuve, mais s'élevait de bas en haut, en formant plusieurs gros bouillonnements et en soulevant un sable grisâtre.

» A cette époque (premiers jours de décembre 1844), le froid était très vif, la température de l'air s'était abaissée à 6°—0. Je plongeai un thermomètre dans le bouillon de la source, et je reconnus que l'eau présentait la température moyenne du sol, c'est-à-dire 12°,5 + 0 centigrades. Vers la fin de décembre, la température extérieure s'étant beaucoup élevée (le thermomètre, placé à l'air, marquait alors 14+0), je constatai encore à la source 12°,5 + 0. A tous ces caractères, il est impossible de ne pas reconnaître que l'eau du puits de MM. Touplain est bien le produit d'une source, et non le résultat de l'infiltration du fleuve. Ce qui le prouve encore, c'est que le niveau d'eau de ce puits ne suit nullement les variations de hauteur du Rhône : ainsi, il a été constaté que le niveau du puits d'eau minérale ne change pas sensiblement dans les crues du fleuve, tandis qu'un autre puits, voisin de celui-ci, creusé dans le gravier, à peu près à la même profondeur, suit, au contraire, dans son niveau, les élévations et les abaissements de l'eau du Rhône. MM. Touplain ont remarqué dans une crue que l'eau du puits creusé dans le gravier s'élevait à trois mètres au dessus du niveau de l'eau minérale. Depuis, les nombreux malades qui font usage de cette eau, ont observé que, loin de s'affaiblir quand le Rhône s'élève, elle semble, au contraire, acquérir une saveur ferrugineuse plus prononcée, ce qui indiquerait que son écoulement en dehors du puits se trouve gêné par l'élévation du Rhône. A tout cela, je dois ajouter, et ce n'est pas là la moindre preuve de l'existence bien réelle d'une source ferrugineuse et de son isolement probable de l'eau du fleuve, qu'ayant fait des essais chimiques à diverses reprises, soit avec de l'eau puisée au bouillon même de la source, soit avec de l'eau de puits quand elle a acquis son niveau ordinaire, j'ai toujours obtenu des résultats semblables, ou du moins qui ne présentaient pas de différences sensibles. J'insiste à dessein sur tous ces détails afin de faire disparaître définitivement le préjugé que cette eau ferrugineuse n'est point naturelle, préjugé qui a pénétré, dit-on, jusqu'au sein de la Société de Médecine. J'ai lieu de croire qu'après la lecture de ce qui précède, on ne doutera plus qu'il n'existe au faubourg St-Clair une véritable source ferrugineuse.

» Après avoir constaté, ainsi que je l'ai dit, que l'eau minérale de MM. Touplain était bien naturelle et qu'elle était assez fortement chargée de principes ferrugineux pour offrir aux habitants de Lyon une importante ressource médicale, j'ai indiqué à ses propriétaires toutes les précautions que je croyais nécessaire de prendre pour que les malades puissent faire usage de cette eau sans qu'elle ait subi d'altération. Ainsi, après avoir fait enlever la pompe en bois qui introduisait dans l'eau minérale une matière organique facile à reconnaître par l'emploi de l'azotate d'argent, je l'ai fait remplacer par une pompe en fonte et à tuyaux de verre, disposés de manière à n'agiter que le moins possible l'eau minérale. Par l'effet de cette pompe, cette eau arrive à la partie inférieure d'un réservoir en tôle, où elle se trouve immédiatement recouverte par un flotteur, également en tôle, qui s'élève et s'abaisse avec le niveau du liquide et l'empêche ainsi de se trouver en contact avec l'air. On sait que l'air a l'inconvénient de péroxyder promptement le fer des eaux minérales et de déterminer ainsi sa précipitation rapide. La même précaution a été prise pour l'eau du puits, qui est également recouverte d'un flotteur. Ces précautions employées relativement à une eau ferrugineuse, sont toutes nouvelles. Quant à leur importance, il est facile de la comprendre quand on connaît la rapide décomposition des eaux de cette nature en contact avec l'air. Ainsi, par exemple, avant l'emploi des flotteurs, l'eau donnée par les robinets était constamment troublée par du péroxyde de fer tenu en suspension, péroxyde dû à la décomposition de l'eau minérale. Depuis cette amélioration, elle ne cesse pas d'être claire et d'une limpidité satisfaisante. Malgré toutes ces précautions, il se précipite encore, à la longue, de l'oxyde de fer dans les tuyaux et les réservoirs; mais il est impossible d'empêcher cette précipitation, causée, en grande partie, par l'air naturellement tenu en solution dans l'eau minérale. Le temps m'a manqué pour m'assurer de la quantité d'eau fournie par cette source; mais ce qui ferait croire qu'elle est assez considérable, c'est que les vingt-quatre robinets de fonte du réservoir, tenus ouverts presque continuellement pendant plusieurs heures, ne cessent pas de fournir aux besoins de plus de trois cents malades, qui viennent régulièrement, matin et soir, se presser autour du réservoir pour faire usage de cette nouvelle eau minérale, si heureusement placée à la proximité de la ville.

» L'eau minérale de St-Clair est incolore, claire et même ordinairement limpide; sa saveur martiale ou atramentaire est nettement prononcée. Comme toutes les eaux de source, elle est fraîche en été et tempérée en hiver. Quand on l'agite fortement dans un verre recouvert avec la main et qu'on perçoit immédiatement l'odeur qui s'en dégage, elle présente, comme l'eau de Charbonnière, une vague odeur sulfureuse; mais on serait dans l'erreur si l'on s'en rapportait à cette sensation pour classer cette eau parmi les eaux minérales hépatiques, car les réactifs les plus sensibles et le sulfhydromètre ne peuvent y décéler la plus faible trace de soufre. Du reste, l'eau des deux sources de Charbonnière, que j'ai examinée sur les lieux avec beaucoup d'attention, est absolument dans le même cas, et se comporte de la même manière, c'est-à-dire, ne donne que des résultats négatifs quand on cherche à y décéler l'existence du principe sulfureux. C'est donc par erreur qu'on appelle l'eau de la nouvelle source de Charbonnière: *eau sulfuro-ferrugineuse.* Comme celle de l'ancienne source, comme celle de la source St-Clair, c'est une eau simplement *ferrugineuse.*» — Dans son travail, M. Dupasquier ne s'est occupé que de l'analyse qualitative; il a constaté la présence d'une forte proportion de fer, mais il n'en a déterminé ni la quantité ni la constitution chimique.

Obésité. Bains alcalins. — Un médecin allemand, M. Albert, assure qu'un excellent moyen pour faire diminuer la graisse abdominale chez les personnes obèses, c'est un bain alcalin répété quinze à vingt fois. Deux à trois livres de potasse dans chaque bain ordinaire suffisent pour remplir cette condition. M. le docteur Ch. Petit avait déjà, il y a longtemps, publié des résultats de ce genre par l'usage *intus et extra*, des eaux minérales de Vichy.

Bains chauds. — Chez les enfants nés asphyxiés, le bain chaud à 38-40 c., est le meilleur remède, conjointement aux secousses lotérales sur la poitrine et aux frictions sur les membres. Un bain d'une heure et demie à été dernièrement nécessaire dans un cas de ce genre à l'hospice Saint-Antoine (Guérard), pour atteindre le but.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des fièvres, d'après l'École italiénne.

Nouvelles données thérapeutiques (7e *art.*)

La fièvre intermittente, dont l'étude s'amplifie, s'enrichit de plus en plus par les nouvelles observations que nous avons ont fait connaître, vient de fournir au professeur Folchi, médecin en chef de l'hôpital San-Spirito (du Saint-Esprit) à Rome, matière à un mémoire de la plus haute importance. Ce mémoire, écrit en italien, est intitulé : De l'origine des fièvres périodiques à Rome et dans ses campagnes. Les faits contenus dans ce travail sont si palpitants d'intérêt, et si à l'ordre du jour, que nous ne saurions mieux faire que de leur consacrer un article substantiel, comme complément de notre travail. La partie surtout relative aux fièvres pernicieuses, qu'on a si peu l'occasion, à Paris, d'étudier à fond, mérite la plus grande attention. Un rapport vient d'être fait sur l'ouvrage de M. Folchi, par le professeur Sacchero, à la société médico-chirurgicale de Turin. Nous préférons ce rapport à un compte-rendu que nous pourrions faire nous-mêmes, car il émane d'un des cliniciens les plus éclairés, et qui joint à une analyse parfaite une critique judicieuse d'après sa longue expérience sur la matière.

La première question qui occupe le médecin de l'hôpital de Rome est relative aux causes des fièvres périodiques qui infestent la grande ville et ses alentours. Il distingue les causes atmosphériques ou occasionnelles, de la cause organique ou immédiate qui en est un effet. C'est sur les premières que l'examen attentif doit porter d'abord. Laissons parler M. le rapporteur de la société de Turin : « Depuis l'antiquité, les médecins et les historiens ont placé la cause de ces fièvres dans les exhalaisons des eaux marécageuses. Notre confrère de Rome cependant, tout en considérant ces exhalaisons comme nuisibles à la santé de l'homme, nie formellement qu'elles contiennent un principe toxique, un miasme spécifique propre à donner naissance aux fièvres intermittentes. Il rappelle à ce sujet les expériences de Carradori sur l'atmosphère des marais de la Toscane; celles plus délicates encore de Brocchi aux environs de San-Lorenzo à Varano, et qui n'ont donné aucun résultat positif; celles de Rigaud Delille, aux étangs du Languedoc, par lesquelles il a obtenu, comme Moscati, une eau qui se putréfiait facilement et offrait des flocons de matière azotée, lesquels donnaient, à l'essai avec le nitrate d'argent, un précipité pourpre; ce précipité administré à des animaux occasionnait des épizooties; celles, enfin, de Boussingault qui ont donné une teinte noire à l'aide de l'acide sulfurique. Ces expériences ne prouvent pas, dit M. Folchi, que la présence possible de la matière organique de Moscati dans les eaux soit absorbée par l'homme, et encore moins qu'elle soit la cause des fièvres intermittentes. Comme ferment délétère, cette matière pourrait tout au plus être considérée comme cause de fièvres typhoïdes; mais tout cela est hypothétique. Il est faux d'ailleurs, ajoute M. Folchi, que les campagnes du Latium soient, ainsi qu'on se l'imagine, comparables à un égoût. Le docteur Fourcault, qui était venu à Rome dernièrement, avec une pareille croyance, a été obligé de changer d'opinion après avoir visité nos environs : un grand nombre d'étangs, de lacs, de terrains marécageaux, qui se trouvaient autrefois dans les environs de la capitale du monde, ayant graduellement disparu et se trouvant aujourd'hui convertis en plaines fertiles et saines, par l'œuvre de particuliers aidés ou non du gouvernement. De sorte que les lieux réellement couverts d'eaux stagnantes se trouvent aujourd'hui à une grande distance de Rome et de ses campagnes; il existe même entre ces lieux et la grande cité des collines et des montagnes qui empêchent tout à fait les miasmes (si miasmes il y avait) de dominer la ville. Néanmoins, il est constant que des vapeurs aqueuses dominent l'atmosphère romaine; ces vapeurs s'exhalent de divers fleuves et s'abaissent, surtout pendant les nuits d'été, sur tout l'horizon de notre capitale.

C'est à cette dernière cause, aux vapeurs aqueuses de l'atmosphère, que le clinicien de Rome attribue la naissance des fièvres intermittentes, simples ou pernicieuses, qui dévastent sans cesse les contrées romaines. Ces vapeurs se condensent et occasionnent un abaissement considérable de température la nuit. Il résulte des observations de l'auteur, qu'à Rome et aux environs, la différence entre la température du jour et celle de la nuit est de 10 à 13 degrés centig. Le froid humide de la nuit devient dès-lors, à ses yeux, la cause efficiente réelle qui frappe surtout les habitants des campagnes qui ont l'habitude de dormir à la belle étoile et demi-nus. Au lieu de poursuivre le fantôme des prétendus miasmes, l'auteur appelle avec raison l'attention sur l'état du sol ondoyant et gibbeux de certaines localités, lequel favorise l'arrêt des eaux passagères des pluies, des torrents, des débordements des fleuves, ainsi que cela avait déjà été établi pour les états de Sardaigne par M. Sacchero, dans son ouvrage sur les intempéries, que M. Folchi cite plusieurs fois. L'auteur appuie d'ailleurs sa conclusion sur l'opinion conforme à la sienne, de plusieurs cliniciens ses devanciers à Rome, tels que Santarelli, de Crollis, Sargani, Manni, Chimenti, Minzi et d'autres encore. Aussi est-ce avec raison, dit-il, que Daüy a conseillé les vêtements de laine, le feu la nuit, et l'attention de se soustraire à l'action du froid humide des premières heures du matin et du courant des nuits, comme les meilleurs remèdes préservatifs des fièvres en question. M. Folchi a consigné dans son mémoire les observations qu'il a faites avec une constance digne d'éloge, depuis 1839 jusqu'à l'année 1842 inclusivement, concernant les variations thermométriques et hygrométriques de l'atmosphère, en rapport avec les malades qui entraient à l'hôpital. Ce travail, d'un grand intérêt, se trouve complété par les tableaux qu'il a ajoutés pour les années 1843, 1844, et il déduit

de là les conclusions suivantes : 1° que les saisons uniformément fraîches ou uniformément chaudes sont celles qui amènent le moins de fièvres intermittentes ; 2° que les saisons variables, nuageuses, pluvieuses, qui s'accompagnent de tempêtes et de vents, sont celles qui amènent le plus de fièvres, soit bénignes soit pernicieuses : cette observation avait déjà été faite par Hippocrate et par Celse ; 3° que, pour que l'atmosphère devienne productive de fièvres pendant l'été, il n'est pas nécessaire que les pluies soient tombées dans le périmètre de la région envahie par les fièvres, les vents pouvant suffire conjointement à la sérénité ; 4° que, dans ces derniers cas, les fièvres dominent non seulement dans les lieux bas, mais encore sur les hauteurs où on ne peut accuser la présence des miasmes ; 5° que les variations de chaud et froid et la naissance des fièvres sont intimement liées entre elles ; 6° que les vents consécutifs aux pluies sur les montagnes et qui amènent des fièvres, sont ordinairement les vents du nord (tramontana). L'auteur examine ensuite minutieusement certaines localités, soit de la ville soit des alentours, dans lesquelles on voit journellement les fièvres être produites par le seul froid humide de la nuit, surtout chez des hommes qui ne sont pas bien couverts, à différence des animaux à laine et qui en sont préservés par leur couverture naturelle.

Passant ensuite à l'examen de la cause prochaine, l'auteur suit par l'observation clinique les effets immédiats de la cause excitante ou occasionnelle précédente. Le froid humide qui frappe le corps produit, dit-il, deux effets : un trouble de la transpiration cutanée et une soustraction de calorique, ou plutôt de fluide thermo-électrique. Il s'efforce de prouver ces deux assertions par des observations thermométriques et thermo-électriques, et il examine en même temps les conséquences de la rétention de la matière de la transpiration. Considérant le calorique et l'électricité comme un seul et même fluide, il établit leur source dans le système nerveux ganglionnaire, ou plutôt, ainsi que le suggère plus exactement M. Sacchero, dans les vaisseaux capillaires, sous l'influence du système nerveux ganglionnaire. M. Folchi arrive ainsi, par ces données, à la conséquence que c'est sur ce système que porte la réaction morbide occasionnée par les causes précédentes. Il parvient ainsi à établir dans une irritation du système nerveux ganglionnaire la condition pathologique des fièvres intermittentes. (Suit le développement de cette thèse qui en définitive n'est que la vieille doctrine que nous avons réfutée péremptoirement avec l'autopsie cadavérique à la main.) L'auteur ajoute que, dans certains cas même, le système nerveux cérébro-spinal est lui-même intéressé, puisque la fièvre intermittente s'accompagne quelquefois de tremblements paralytiques, de hoquet, etc. Quant aux paroxismes répétés de la maladie, M. Folchi les considère comme autant d'actes réactionnels ou vitaux du système nerveux ganglionnaire sur le cœur et sur les gros vaisseaux, et qui ont pour but de rétablir l'équilibre des fonctions organiques troublées par l'irritation des nerfs. Il arrive à cette conséquence, que le véritable état morbide est celui de l'intermittence, l'accès ou le paroxisme étant un effort de l'organisme pour le guérir ; aussi regarde-t-il l'accès comme un effet salutaire dans les fièvres périodiques bénignes ou printannières ; tandis que dans celles d'été et d'automne, surtout pernicieuses, ces efforts réactionnels de l'organisme consomment le peu de forces vitales qui restent aux organes, en particulier aux vaisseaux capillaires, et il en résulte des engorgements viscéraux souvent mortelles. (M. Sacchero combat avec raison cette doctrine). Pour ce qui est enfin de la raison de l'intermittence, M. Folchi l'explique par l'espèce de diffusion de la force organique ou de lassitude qu'éprouve l'organisme après chaque efforts de paroxisme. Le type de la fièvre dépend de la saison, d'après l'auteur, et il l'explique par des raisons ingénieuses qu'il serait trop long de reproduire ; il n'oublie pas l'influence de diverses causes externes, comme l'action excessive du soleil, laquelle occasionne une sécrétion abondante de sueur, les excès dans le travail, le coucher pendant la nuit dans des lieux mal clos, etc., circonstances qui sont de nature à affaiblir les hommes et à donner aux fièvres intermittentes un caractère grave et même pernicieux, ou du moins à rendre les paroxismes de plus en plus graves, ainsi que Borsieri l'avait lui-même remarqué. D'après l'auteur, les sueurs trop abondantes aggravent aussi la maladie et prédisposent à des accès pernicieux, à des engorgements viscéraux qui deviennent à leur tour cause fréquente de flux sanguins, bilieux, etc. Enfin, la forme des pernicieuses dépend, d'après M. Folchi, en grande partie de la prédisposition individuelle, mais surtout de la constitution morbide régnante.

Les pernicieuses sont traitées avec de très grands détails, et un grand nombre d'observations à l'appui, dans l'ouvrage de M. Folchi. Ces observations sont exposées par groupes, d'après leur forme. En voici un extrait succint :

A. *Pernicieuses congestives actives.* — 1er *Fait.* Paysan : fièvre, stupeur profonde. Le matin léger amendement ; le soir, stupeur apoplectique. Mort le cinquième jour. On avait employé des sangsues à la tête qui n'avaient pas beaucoup saigné, des sinapismes, du quinquina en lavement, puisque le malade ne pouvait avaler. L'autopsie n'a pu être faite. L'auteur fait remarquer que les pernicieuses soporifiques actives sont celles qui tuent le moins promptement. Dans ces fièvres, c'est un très mauvais signe quand, dans la matinée, les symptômes ne présentent pas une rémission notable. — 2e *Fait.* Homme jeune : intermittence bénigne. Stupeur grave à la suite d'une saignée. Vers le soir, chute de la fièvre avec persistance de la stupeur. Le lendemain matin, la stupeur continue, elle est même plus profonde. Le cinquième jour, mort précédée d'accélération de la respiration et d'intermittence du pouls. On avait employé des sangsues à la tête, le quinquina, du camphre, des sinapismes, des vésicatoires. L'autopsie n'a pu être faite. L'auteur fait observer que la stupeur continue quand l'injection vasculaire vers la tête s'est rendue permanente, ce qui est d'un très mauvais augure. — 3e *Fait.*

Homme octogénaire, habituellement constipé. Fièvre d'accès avec stupeur progressive. Rémittence le matin jusqu'au cinquième jour; alors cessation de la rémittence. Mort. On avait pratiqué une saignée, donné le quinquina, appliqué des sinapismes. L'autopsie n'a pu être faite. Ce cas a été considéré comme une pernicieuse par prédisposition individuelle. — 4e *Fait.* Homme de 60 ans, beaucoup d'embonpoint, malade depuis quelque temps. Fièvre, langue aride, étourdissement. Le troisième jour, léthargie. Mort dans la nuit. Encore ici, il y avait prédisposition. Le quinquina et les sinapismes sont restés au dessous du mal. — 5e *Fait.* Jeune soldat. Fièvre avec stupeur profonde. Saignée et quinquina dans la nuit. Second accès pareil au premier et qui se termine avec sueurs abondantes. Troisième accès moins intense. Après le quatrième, apyrexie. Guérison. Le moyen employé a été le quinquina répété plusieurs fois. — 6e *Fait.* Fièvre intermittente simple, qui prend ensuite le caractère soporeux, puis de *coma vigile* avec idées incohérentes, visage animé, conjonctive injectée, langue grillée. Quinquina et sinapismes. Dans la nuit, sueurs copieuses, puis rémission. Autre accès moins intense; sangsues aux tempes, quinquina. Guérison due surtout à ce remède. — 7e *Fait.* Fièvre intermittente simple, puis convulsive-comateuse, guérie à l'aide du quinquina répété plusieurs fois. Le changement de la forme simple à la forme pernicieuse a été attribué à l'influence de la saison et peut-être aussi à la ventilation mal réglée dans les salles de l'hôpital. — 8e *Fait.* Pernicieuse frénétique (délire) chez un jeune homme qui avait essuyé plusisurs accès chez lui. A peine entré à l'hôpital, nouvel accès. Mort prompte avec délire furieux. L'autopsie n'a pu être faite. — 9e *Fait.* Fièvre avec toux et dyspnée. Saignée, laxatif. Nouvel accès qui se répète le lendemain avec une plus grande intensité, surtout de la dyspnée. Autre saignée et quinquina. Quatrième accès moins violent, sueur; guérison. Il s'agissait d'une pernicieuse avec congestion active pulmonaire, liée à une prédisposition individuelle.

B. Pernicieuses congestives, passives. — 10e *Fait.* Un homme, de tempérament faible. Fièvre avec oppression à la tête, subdélirium, langue sèche. Vésicatoire aux jambes, solution de quinine, puis, quinquina et camphre. Les accès cessent. Guérison. L'auteur appelle ce cas : pernicieuse congestive céphalique, passive. (On ne comprend pas trop, cependant, la condition passive !) Est-ce parce que le délire n'a pas été intense ? Cela prouverait seulement, selon nous, que la congestion n'est pas intense ; mais, en réalité, elle n'en est pas moins active que dans les cas de la catégorie précédente). — 11e *Fait.* Soldat. Fièvre avec stupeur grave, paupières fermées à moitié, yeux contournés. Lavement purgatif, sinapisme aux pieds, quinquina. Le lendemain, rémission ; on continue le quinquina avec du camphre; malgré cela, nouvel accès accompagné de la perte de connaissance, pouls très petit. Après l'accès, le patient reste somnolent. Le soir, nouvel accès avec hoquet, teinte jaune et cendrée; mort. Il y a eu dans ce cas, dit l'auteur, insuffisance de forces organiques pour accomplir la réaction, attendu la nature passive de la congestion. (Encore ici, on ne voit pas bien les conditions de la passivité de la congestion. Nous pensons qu'il y a erreur dans cette caractérisation.) — 12e *Fait.* Fièvre intermittente simple chez un jeune homme, laquelle s'est convertie en pernicieuse avec stupeur grave et abolition des sens. Ces symptômes ont été précédés d'une teinte jaune cendrée au visage, ils ont duré 25 heures sans interruption et suivis de mort, par manque de réaction, dit l'auteur. La coloration du visage a été un symptôme précurseur de la terminaison fatale. (Singulière passivité, placée dans le manque de pouvoir réactionnel !...). — 13e *Fait.* Fièvre soporeuse. Quinquina la nuit. Le lendemain matin, pas mieux; on répète ce remède; redoublement de l'accès; mort, le quinquina n'ayant pas eu le temps d'agir. A l'époque de ce traitement on ne connaissait pas encore les alcaloïdes du quinquina. — 14e et 15e *Faits.* Deux autres cas de pernicieuse soporeuse, guéris à l'aide du quinquina mêlé à l'électuaire de diarcordium. — 16e *Fait.* Autre cas semblable, chez un soldat, qui succomba au premier accès. — 18e *Fait.* Jeune homme hernieux, mauvaise constitution, sujet à des vomissements bilieux, avec teint jaune à la peau; il est pris de coma, qu'on a caractérisé de fièvre pernicieuse comateuse. Sinapismes, quinquina. Nouvel accès avec paralysie du mouvement dans le bras gauche. La teinture vineuse de quinquina a produit bon effet. Le malade semblait se rétablir, lorsque, douze jours après, il a été pris d'un nouvel accès qui s'est terminé par la mort. Il s'agissait dans ce cas, dit l'auteur, d'une pernicieuse avec congestion cérébro-spinale passive. Il fait remarquer que la paralysie est assez rare dans la pernicieuse comateuse. — 19e *Fait.* Autre cas de pernicieuse comateuse terminée fatalement. 20e *Fait.* Paysan, 50 ans, mort de la même manière. A l'autopsie les vaisseaux veineux cérébraux sont très pleins de sang ; un peu de sérum trouble sur la pie-mère ; la substance cérébrale ramollie et pointillée en rouge; la rate convertie en matière pultacée. Ce sont là des altérations propres à la *pernicieuse stupide.* Suivent les détails de quatre autres cas de pernicieuse stupide, dont deux guéris et deux morts.

C. *Pernicieuses-spasmodiques ou nerveuses.* — 21e *Fait.* Un Espagnol est pris de fièvre avec délire. Le lendemain, on lui administre un purgatif et le quinquina à haute dose. Retour de l'accès avec sueurs froides, langue très aride et hoquet. Potion calmante. Le quatrième jour, nouvel accès, hoquet obstiné, langue noire, trouble dans les idées. Mort le soir. L'auteur fait remarquer que la pernicieuse *singultuosa*, c'est-à-dire avec hoquet, est presque toujours mortelle. — 22e *Fait.* Postillon, 50 ans, fièvre ; visage, bras et mains livides et froids ; pouls petit, inégal et fréquent; langue sordide; douleur excessivement pénible à l'épigastre, avec tension et vomissement. Il s'agissait, comme on le voit, d'une pernicieuse cardialgique. Au troisième jour, nouvel accès, mort. — 23e *Fait.* Autre cas de pernicieuse cardialgique, guéri à l'aide du quinquina. — 24e *Fait.* Abbé. Fièvre quarte *hépatalgique*, c'est-à-dire accompagnée de douleur au foie, de vomissements et d'ictère. La douleur disparaît complètement pendant les deux jours libres, et elle reparaît le quatrième. Guéri à l'aide du quinquina. Il est rare de rencontrer une pernicieuse à type quarte, les accès éloignés étant ordinairement peu graves. — 25e *Fait.* petite fille âgée de 7 ans, déjà malade par la dentition, est prise subitement de prostration, pâleur; ses yeux sont enfoncés ; pouls petit et fréquent; vomissements, évacuations alvines de matières noirâtres, atrabilaires. Nous étions dans la saison d'été. On diagnostique une pernicieuse cholérique. Lavements de quinquina laudanisés ; intérieurement, solution de magistère de quinquina. L'accès suivant est moins intense. Guérison. La dentition difficile a prédisposé, dit l'auteur; la saison a occasionné la pernicieuse. — 26e *Fait.* Autre cas de pernicieuse cholérique, chez une femme d'âge moyen. Guérie à l'aide du quinquina et des sédatifs. — 27e *Fait.* Homme, 60 ans, pâleur mortelle, pouls fréquent, à peine perceptible, froid général, vomissements et diarrhée de temps en temps, urines de couleur vineuse. On diagnostique une pernicieuse cholérique. Guéri à l'aide du quinquina. L'auteur attache la plus haute importance au critérium

des urines. Les urines sédimenteuses que les auteurs regardent comme pathognomoniques des fièvres d'accès, appartiennent, selon M. Folchi, à la complication rhumatismale. Le professeur Peretti, de Rome, a rencontré de l'acide cyanhydrique libre dans l'urine d'un fiévreux à la suite de l'administration du quinine combiné avec l'ammoniaque. — 28e *Fait*. Autre cas de pernicieuse cholérique grave. On administre l'ipécacuanha. Mort pendant les efforts du vomissement. L'auteur pense qu'on ne doit prescrire les vomitifs dans ces cas qu'avec beaucoup de réserve.—29e *Fait*. Autre cas de pernicieuse cholérique grave, guéri à l'aide du quinine pur. L'auteur préfère le quinine pur en poudre et une boisson acidule par dessus. Il a vu les pilules de quinine passer sans être digérées. L'acide rend le quinine soluble dans l'estomac. Il en est de même du sulfate basique.— 30e *Fait*. Pâleur, coucher en supination, tristesse; ventre tuméfié, intolérant au toucher ; douleur gravative aux lombes. Glace par bouche. Lavement d'eau froide ; fomentations froides sur le ventre; mieux, disparition des symptômes. Le lendemain, nouvel accès plus grave. Glace, puis quinquina après l'accès. Guérison. On avait diagnostiqué une pernicieuse *colique* , c'est-à-dire avec spasme douloureux au ventre.—31e *Fait*. Cas de pernicieuse *amaurotique*, suivie d'une intermittente simple chez un homme de 40 ans. Guérison après 17 jours de traitement. Dans cette pernicieuse, on rencontre toujours des symptômes de congestion cérébrale ; cependant, chez le malade ci-dessus, ces symptômes n'étaient pas bien patents ; aussi M. Folchi l'a-t-il placé parmi les pernicieuses nerveuses.

D. *Pernicieuses dissolutives*. — 32e *Fait*. Paysan, 50 ans, pouls presque imperceptible, froid de marbre, langue sèche, visage pâle, anxiété extrême, envies de vomir. On diagnostique une pernicieuse *algide*. Fomentations chaudes aux pieds, mixture cordiale ; après l'accès, quinquina dans du vin. L'usage du quinquina dissipe la condition pernicieuse, mais les accès de la périodique simple continuent. La fièvre devient ensuite continue, laquelle est suivie de parotidite suppurante. Guérison. — 33e *Fait*. Pernicieuse dyssentérique, suivie de dyspnée et de mort, malgré l'usage du quinquina et de la cascarille. — 34e *Fait*. Fièvre intense, soif, douleurs à l'abdomen, flux de sang noirâtre qui cesse avec la fièvre. Boissons froides, puis quinine avec extrait gommeux d'opium. Guérison. Puis récidive à la suite d'imprudences. Nouveau traitement. Autre récidive qui se termine par une phlogose abdominale sourde, de nature plutôt veineuse ; mort après trois mois de maladie. Dans cette pernicieuse *entérorrhagique* il paraît que le système de la veine-porte est principalement intéressé. Ce malade en était prédisposé, puisqu'il était doué d'un tempérament bilieux, dit l'auteur.

E. *Intermittentes larvées*. — 35e *Fait*. Homme goutteux. Tremblement de tout le corps et étourdissements revenant par intervalles ; puis accès fébriles manifestes. On diagnostique une périodique larvée. Les révulsifs aux pieds ont appelé la goutte vers ces parties. On administre le quinquina. Disparition de la fièvre. Guérison. — 36e *Fait*. Céphalalgie intense, revenant par accès périodiques, sans fièvre. On administre quinquina. Guérison. Dans un des accès larvés chez ce malade, il est survenu de l'ischurie vésicale qui a cédé aux fomentations émollientes, et que l'auteur attribue à l'action du quinquina. Ce phénomène a été observé souvent en Sardaigne par M. Sacchero, surtout par l'usage généreux du sulfate de quinine. — 37e *Fait*. Hémicrânie périodique avec accès tous les matins. Guérison à l'aide de deux saignées, puis du quinquina. — 38e *Fait*. Autre cas de fièvre larvée céphalique, à type tierce, avec accès le matin. Guéri à l'aide du quinquina. Dans une note que M. Sacchero ajoute à ce paragraphe, il dit qu'en Sardaigne les névralgies périodiques, guérissables par le sulfate de quinine, sont très fréquentes, surtout en automne. Il s'agit le plus souvent d'une douleur frontale qui s'exaspère vers le matin , et suivie plus tard de fièvre qui dure jusqu'à la nuit, et se termine souvent par des sueurs.

F. *Intermitentes associées ou succédant à d'autres maladies*. — 39e *Fait*. L'auteur rapporte cinq cas de fièvre intermittente associée à des exanthèmes, tel que l'urticaire, pendant l'accès. La cure a eu lieu à l'ordinaire, comme si l'exanthème n'existait pas. — 40e *Fait*. Eruption miliaire continue, compliquée de fièvre intermittente non grave. Suit un cas de périodique avec éruption pétéchiale. — 41e *Fait*. Trois cas d'intermittente , compliquée de douleurs rhumatismales aiguës, pendant l'accès. Guérison à l'aide des composés quiniques. — 42e *Fait*. Pernicieuse stupide, soporeuse, avec vomissement de lombrics et mort prompte. L'auteur pense que les vers intestinaux constituent une complication accidentelle et secondaire, analogue au gastricisme, assez fréquente dans les pernicieuses soporeuses stupides, dont l'origine est endémique ou épidémique. — 43e *Fait*. Fièvre périodique simple, suivie d'aphonie. Ce symptôme a persisté tandis que la fièvre a guéri. — 44e *Fait*. Pernicieuse stupide soporeuse, succédée à une pleurésie. L'auteur attribue la déclaration de la pernicieuse aux saignées pratiquées pour la phlogose de la plèvre et à la sueur abondante qui a succédé à la première maladie, pendant le mois d'août où l'on était sous l'influence d'une constitution morbide périodique. Il ajoute que l'on ne peut, dans ce cas, attribuer, la périodique aux miasmes paludéens, puisqu'elle s'est déclarée pendant le séjour du malade à l'hôpital. (Il est remarquable que dans ce nombre immense de pernicieuses, à formes si variées, que l'auteur a rencontrées dans sa longue pratique, on ne trouve pas un seul exemple de la pernicieuse dite *cophosique*, ou accompagnée de surdité, qu'avait signalée M. Giacomini. Cela fait présumer que cette forme doit être excessivement rare.)

G. *Sous-continues*. L'auteur aurait à rapporter beaucoup d'observations de fièvres sous-continues, lesquelles s'accompagnaient de frissons au début de chaque exacerbation, puis de sueurs à la fin, avec pouls hardi (sic), visage enflammé, céphalalgie gravative, langue sèche, dents couvertes d'une couche de matière obscure, mais sans lésion viscérale, locale, appréciable. Eu égard à la constitution morbide régnante, à l'aspect des urines et aux autres phénomènes de la maladie, on administrait les préparations de quinquina et la guérison avait lieu. D'autres fois, les fièvres sous-continues étaient abandonnées à elles-mêmes, et elles devenaient pernicieuses de différentes formes, ou bien elles étaient suivies d'obstructions viscérales, d'anasarque et d'autres conséquences propres aux intermittentes. Suit la conclusion favorable du rapport de M. Sacchero (Gior. delle sc. med. della Soc. med.-chir. di Torino ; n° de nov. 1845).

Note du traducteur. On a dû remarquer dans la lecture de cet intéressant travail que les nombreux faits sur lesquels il repose datent en partie d'une époque antérieure à celle de la découverte des alcalis du quinquina, et que l'auteur a suivi patiemment les observations postérieures jusqu'à nos jours. La vigueur, la sagacité, nous dirions même la hardiesse des doctrines dont ces faits sont accompagnés prouvent suffisamment le mérite transcendant du clinicien de Rome, ce qui ne veut pas dire que ses doctrines soient toutes irréprochables dans l'état actuel de la science. M.

Folchi semble être resté étranger aux progrès immenses qu'a fait la médecine, en particulier la thérapeutique, dans une autre partie de l'Italie; et aux travaux spéciaux d'anatomie pathologique relatifs aux fièvres périodiques, publiés depuis quelques années dans la ville même où rétentit encore la voix de Morgagni. L'entourage politique qui entraîne l'isolement des savants de diverses régions de l'Italie, et l'âge avancé de l'auteur expliquent probablement l'anomalie que nous signalons dans l'ouvrage de M. Folchi. D'un autre côté, on est frappé de l'absence d'autopsies au milieu de ces monceaux de cadavres de fièvres pernicieuses. Nous ignorons quelles peuvent être les causes de ces obstacles aux recherches nécropsiques dans une question si capitale pour la conservation de la vie des hommes, surtout dans un pays où les fièvres pernicieuses font des ravages si formidables. Pour ce qui est enfin des doctrines de M. Folchi, nous ne les adoptons pas toutes; cela cependant ne nous a pas empêché de les reproduire avec fidélité. — D'autres faits sont devant nous; nous devons les passser en revue avant de donner notre résumé général. La question des fièvres intermittentes est si immense, si essentielle pour la pratique de tous les instants, dans une époque surtout où le sol d'Afrique ravage les troupes françaises, que l'on nous saura peut-être quelque gré de mettre en relief tout ce qui peut concourir à éclaircir la thérapeutique de ces maladies. (La suite au prochainn numéro.)

Fièvres intermittentes chez la femme enceinte. — M. le docteur Rodrigues, agrégé à la Faculté de Montpellier, répond dans les termes suivants à la question énoncée dans le titre de cet article, et que nous avions traitée incidemment dans un de nos derniers numéros. — « La femme enceinte saisie de fièvre intermittente court-elle le danger de l'avortement par le traitement avec le sulfate de quinine? J'ai examiné, dit-il, mes notes de clinique, et j'ai trouvé quinze cas de fièvre intermittente chez des femmes enceintes, et la guérison au moyen du sulfate de quinine sans aucun accident. J'ai consulté la longue expérience de M. le professeur Delmas, et sa réponse a été qu'il traitait les femmes enceintes frappées de fièvre paludéenne comme les autres malades et qu'il n'avait jamais vu d'avortement. Dernièrement j'ai soigné une femme enceinte pour un rhumatisme universel, j'ai eu recours au sulfate de quinine à haute dose, le rhumatisme a cédé promptement et il n'y a pas eu d'avortement. Les Ann. de Thér. disent aussi, dans l'article cité ci-dessus, que M. Mojon non seulement a administré avec un succès complet le sulfate de quinine sans observer d'avortement, mais encore qu'il a pu, à l'aide de ce remède, arrêter l'avortement imminent chez des femmes non pyrétiques. La réponse à cette question, c'est qu'il y a plus de danger pour l'avortement à ménager la fièvre intermittente que de la traiter par le sulfate de quinine. Il faut recommander, au contraire, de débarrasser au plus tôt de la fièvre les femmes enceintes, et de donner chez elles hardiment le sulfate de quinine. » (La Clinique de Montpellier.)

— Nous devons ajouter que, dans une nouvelle conversation que nous avons eue sur ce sujet avec M. Rayer, ce clinicien nous a déclaré que l'opinion qu'il professe à l'égard de la femme enceinte saisie de fièvre intermittente grave, est qu'on ne doit pas hésiter à administrer le quinine. Il nous a fait remarquer que, dans l'un des cas auquel nous avions fait allusion, d'une femme venant d'Afrique, le mal ne s'est pas terminé par la mort, ainsi que nous avions cru l'entendre d'après les paroles de M. Rayer, le sulfate de quinine ayant été administré chez elle avec succès. Ainsi, l'on est bien d'accord sur l'indication fondamentale à remplir, quant à la fièvre; la seule lacune qui reste dans la science à cet égard est donc celle de la possibilité de l'avortement par l'action du sel de quinine. Cette lacune cependant n'en est pas une à nos yeux, par les raisons et les faits que nous avons invoqués, et par ceux non moins décisifs que M. Rodrigues vient d'ajouter.

CLINIQUES MÉDICALES.

QUESTIONS GÉNÉRALES.

Les affections post-puerpérales aiguës s'offrent avec des caractères particuliers de gravité qui les recommandent hautement à l'attention des praticiens. Une malade, qui se trouve en ce moment dans ce cas à l'Hôtel-Dieu, vient de fournir à M. Chomel l'occasion de quelques considérations intéressantes. Rapportons d'abord le fait qui les a motivées.

Une jeune femme, âgée de 21 ans, de bonne constitution, habituellement bien portante, venait d'accoucher heureusement à la Maternité. Elle en est sortie volontairement le neuvième jour, étant assez bien portante, si ce n'est une certaine douleur sourde qu'elle accusait dans le flanc gauche ou plutôt dans la fosse iliaque de ce côté; elle était pâle en sortant, par suite de l'écoulement considérable de sang qu'elle avait essuyé, à ce qu'on présume, pendant la parturition. La grossesse n'avait rien présenté de particulier, à l'exception d'une certaine sensibilité douloureuse sans importance, qu'elle avait souvent accusée dans le flanc gauche, phénomène qu'on rencontre assez fréquemment soit d'un côté, soit de l'autre, chez beaucoup de femmes, et qui se rattache ordinairement à telle ou telle inclinaison de l'utérus. Cette sensibilité disparaît par le repos au lit et par l'accouchement. De retour chez elle, la patiente s'est livrée à des occupations de ménage, s'est fatiguée pendant les deux premiers jours. Elle a senti alors sa douleur pelvienne augmenter, s'aggraver tellement que la femme a dû s'aliter. Son état ayant de plus en plus empiré, elle a dû se faire transporter à l'Hôtel-Dieu, le 2 décembre, neuvième jour après sa sortie de la Maternité. — Aujourd'hui, 4 décembre, on trouve l'état suivant. Pâleur générale extrême, surtout de la face, de la muqueuse labiale et de la conjonctive, qui sont exsangues; expression d'hébétude et d'indifférence de la physionomie; peau très chaude; pouls petit et fréquent, à 146 par minute; langue sèche. La région iliaque gauche offre une tuméfaction générale, douloureuse; le toucher par le vagin rencontre une certaine difficulté par l'accollement réciproque des parois de ce canal, dont la supérieure est comme sillonnée par des bourrelets, surtout vers le côté gauche, et près des pubis; le museau de tanche est petit, resserré, n'admet qu'à peine l'introduction du bout du doigt; l'utérus est gros, développé jusqu'à quelques travers de doigt de l'ombilic. A gauche de l'utérus et en avant, on ne peut sentir dans l'excavation les os du bassin comme

à droite ; le doigt, par le rectum ou par le vagin, y rencontre un plan résistant, formé de parties molles gonflées, et des bosselures multiples, dépendant sans aucun doute du gonflement du tissu cellulaire de la région et des deux feuillets du ligament large correspondant. Il y a là, en d'autres termes, un phlegmon post-puerpéral accompagné de symptômes généraux de la plus haute gravité, symptômes qui ne sont guère en rapport avec l'affection phlegmoneuse, puisque celle-ci ne s'accompagne pas ordinairement de phénomènes aussi alarmants, ce qui fait présumer, dit M. Chomel, qu'il y a là probablement une autre condition qui nous échappe et qui menace sérieusement la vie de la malade. Est-ce une phlébite utérine, ou bien une autre affection propre aux femmes en couche, et que le scalpel anatomique ne dévoile pas toujours après la mort ? C'est ce que l'avenir nous apprendra peut-être. Le pronostic a donc été des plus graves. On a prescrit plusieurs applications de sangsues à l'aîne du côté malade, la saignée du bras ne pouvant être pratiquée, attendu les pertes sanguines précédentes, la pâleur et l'état misérable du pouls ; des frictions de pommade mercurielle ont été pratiquées ; application de sinapismes aux jambes; mais tout cela sans avantage, l'état général s'aggravant de plus en plus. Il est probable que cette malade succombera.

Chez les femmes en couche, continue M. Chomel, les maladies présentent d'autant plus de gravité qu'elles se déclarent à une époque plus voisine de la parturition. Quand aussitôt après les couches, ou quelques heures plus tard, vous voyez la femme être saisie de frisson, de mouvement fébrile, d'une maladie aiguë quelconque, vous pouvez être certain qu'elle succombera promptement. Ce danger est toujours aussi grand ou à peu près, pendant les deux premiers jours de l'accouchement ; mais il le devient d'autant moins qu'on s'éloigne de cette époque. Chez la femme de la clinique cependant le mal ne s'est déclaré que le neuvième jour, et pourtant il s'accompagne de l'appareil ataxique effrayant qu'on rencontre chez les femmes frappées de frisson et de fièvre dans les premiers moments qui succèdent à l'accouchement. Elle a eu aussi des frissons répétés avant d'entrer à l'hôpital ; mais est-ce là l'effet du travail phlegmoneux pelvien, ou bien d'une phlébite utérine, ou bien encore d'une autre condition qui a amené les phénomènes ataxiques si graves que la malade présente ? C'est ce qu'il serait impossible de dire. Néanmoins, on est forcé de convenir que, chez elle, les choses offrent exceptionnellement la même gravité à cette époque éloignée de l'accouchement que chez la généralité de celles qui sont frappées de maladie aiguë immédiatement après les couches. On a examiné au sthétoscope les vaisseaux sanguins du cou chez cette femme ; on n'a pas trouvé de susurrus carotidien ; mais le lendemain, l'élève principal (chef de clinique), a cru sentir du souffle dans les veines jugulaires, ce qui a été considéré par M. Chomel comme un symptôme d'anémie, conséquence de l'écoulement abondant de sang que la femme avait essuyé, à ce qu'on présume, pendant l'accouchement. M. Chomel a cru remarquer aujourd'hui que la tuméfaction pelvienne était moins large, plus circonscrite et moins saillante que l'avant-veille, circonstance qui, rapprochée de la marche progressive de la maladie générale, conduit à un pronostic de plus en plus alarmant, par suite de cette loi générale qui veut que les affections externes se flétrissent momentanément lorsqu'une maladie grave interne se manifeste. On en voit fréquemment des exemples dans les maladies éruptives cutanées qui disparaissent plus ou moins pendant que des organes intérieurs sont frappés gravement, non parce que le mal externe est par là révulsionné ou répercuté comme on le croit vulgairement, car cet affaissement ne précède point, il succède à la maladie interne déjà déclarée, mais bien parce que toute l'économie organique est absorbée, pour ainsi dire, par le travail morbide général. Néanmoins, il se peut, à la rigueur, que cet appareil général si menaçant ne se termine pas fatalement, et que le mal pelvien marche vers la résolution ou la suppuration. — *P. S.* La femme dont nous venons de parler est morte. A l'autopsie, on a trouvé un abcès dans l'ovaire, plusieurs autres dans la rate, les veines ovariques phlogosées ; rien dans le foie, dans le poumon, ni ailleurs. Les gros vaisseaux n'ont pas été suivis minutieusement.

Une des maladies propres aux femmes qui viennent d'accoucher, et que nous avons souvent, ajoute M. Chomel, l'occasion de traiter dans nos hôpitaux, c'est la métrite que nous avons appelée *post-puerpérale*. Bien des femmes qui accouchent à la Maternité, sortent au bout de neuf jours ; d'autres, le septième ou même le cinquième, sinon plutôt. On leur permet une sortie aussi prompte, soit parce que les réglements n'autorisent pas les directeurs de s'y opposer, soit parce qu'on juge quelquefois moins dangereux de les laisser sortir que de les garder plus longtemps dans un local ravagé en diverses époques par des épidémies formidables. Elles rentrent en ville, se livrent promptement au travail du ménage ou de leur état, font des courses, restent debout, se fatiguent, et au bout de quelques jours elles sont obligées de s'aliter, de se faire transporter à l'hôpital où elles sont contraintes de séjourner six semaines, deux mois ou plus, pour guérir, ce qui les absente de leurs occupations et de leurs familles beaucoup plus longtemps que si elles eussent eu la patience de garder quelques jours de plus le repos au lit lors de l'accouchement. Il en est même parmi elles qui accouchent en ville, soit chez des sages-femmes, soit chez elles, et qui gardent moins longtemps encore le repos. Par suite de cette conduite, ces femmes sont prises de métrite post-puerpérale; l'utérus, au lieu de continuer à décroître et de s'enfoncer dans l'excavation, reste au niveau du détroit supérieur, se développe même davantage et devient douloureux, comme chez la femme qui est en ce moment à l'Hôtel-Dieu. Cet état s'accompagne de douleurs aux reins, aux hanches, d'écoulement leucorrhéique quelquefois, de gonflement hypogastrique, d'impuissance au travail, mais presque jamais de fièvre. L'affection dont il s'agit se guérit généralement très bien par le repos et divers remèdes antiphlogistiques. Elle est, toutes

choses égales d'ailleurs, d'autant moins grave qu'elle se déclare tardivement après l'accouchement.

La métrite post-puerpérale sur laquelle M. Chomel vient d'appeler l'attention, se voit assez fréquemment dans les hôpitaux de Paris et dans la pratique privée. En ville, les patientes ont quelquefois intérêt à cacher la source de cette affection, et l'on pourrait s'en laisser imposer si l'on ne savait qu'il est à Paris des femmes qui, le jour même des douleurs, se rendent auprès d'une sage-femme, déposent leur contenu utérin, et rentrent aussitôt après dans leur domicile se coucher pour se relever le lendemain et reprendre leurs occupations habituelles, évitant ainsi les soupçons des personnes qui les observent journellement. Il en résulte souvent des métrorrhagies, des métrites, des renversements, des utéroptoses, des phlébites utérines, des abcès pelviens plus ou moins graves. M. Rayer a soulevé dernièrement une question pratique importante, à l'occasion d'une malade atteinte de métrite post-puerpérale qu'il traitait dans ses salles à la Charité; il s'agissait de savoir si la science possédait des données positives sur la décroissance proportionnelle de l'utérus, jour par jour, après les couches. La femme en question en effet se trouvait à plusieurs jours de la parturition, le fond de son utérus était à peu de distance de l'ombilic ; on était cependant dans le doute de savoir si un pareil développement se trouvait dans les limites normales, et si la décroissance consécutive de cet organe qu'on a suivie jour par jour à la Charité, avec des mesures exactes prises par M. Rayer, était ou non plus lente que lorsqu'il n'y a pas maladie. Dans les traités d'obstétrique, on trouve bien notées les dimensions progressives de l'utérus aux diverses époques de la grossesse, mais on cherche en vain une table des dimensions décroissantes journalières après l'accouchement. Un travail bien fait de ce genre serait d'une utilité réelle dans une foule de cas. Nous avons consulté les belles planches de W. Hunter que nous possédons (*De utero gravido*), et nous n'y avons rien trouvé sur cette importante question; nous avons ouvert ce livre soi-disant de *médecine légale*, d'un administrateur célèbre, livre si amusant pour les gens étrangers à la science, et nous n'y avons pas trouvé davantage sur une question qui se rattache pourtant immédiatement à l'histoire médico-légale de l'avortement et de l'accouchement. Cette branche de l'art aurait bien besoin, comme la toxicologie, d'être reprise en sous-œuvre par des médecins et des chirurgiens cliniciens. L'on est effrayé en vérité de voir avec quelle légèreté, quelle hardiesse les questions les plus graves, les plus ardues, de médecine, d'obstétrique et de chirurgie légales se trouvent tranchées de nos jours au mépris des notions anatomiques ou cliniques les plus essentielles, et que peu de médecins légistes possèdent suffisamment. Il est vrai que le livre de M. Devergie, que nous avons compulsé également, n'est pas plus consolant sous le rapport de la question qui nous occupe.

La fièvre continue, rémittente, avec engorgement de la rate constitue une affection d'autant plus importante que sa nature est méconnue dans la pratique, qu'elle est par conséquent assez souvent mal traitée, et qu'elle peut se terminer fâcheusement, faute d'un diagnostic précis. Nos meilleurs traités sur la fièvre typhoïde n'en font aucunement mention, la maladie en question se confondant aisément avec la fièvre continue ordinaire, dite typhoïde. Plusieurs cas viennent de se présenter dans le service de M. Rayer à la Charité; cet habile praticien ne s'en est pas laissé imposer : il les a attaqués avec le sulfate de quinine, et il en a triomphé. Le dernier cas de ce genre que nous avons sous les yeux chez M. Rayer, s'est offert avec les caractères suivants.

Un homme robuste, âgé d'une quarantaine d'années, a été reçu, il y a une dizaine de jours, avec tous les symptômes d'une typhoïde ordinaire, avec éruption papuleuse au tronc, facies caractéristique, stupeur, épistaxis, balonnement abdominal, dévoiement, peau chaude et sèche, pouls fréquent, etc. L'appareil typhoïque ordinaire était, comme on le voit, en présence, si ce n'est que le dévoiement n'était pas très prononcé; mais on sait que ce caractère, ainsi que le gargouillement de la fosse iliaque droite, manquent assez souvent au début de l'affection. M. Rayer a été de suite frappé de l'espèce de rémission passagère que la fièvre présentait, il a percuté la rate, ainsi qu'il a toujours l'habitude de le faire chez les typhoïques, et il y a constaté une matité plus profonde et plus large qu'à l'état normal; cet organe franchissait de 9 à 12 cent. (3 à 4 pouces) le bord des dernières côtes. Dès lors, les indications n'étaient plus à ses yeux ceux des fièvres continues ordinaires. Il trouvait dans la rémittence, dans l'état de la rate et dans la modicité des symptômes intestinaux les éléments d'une prescription propre aux fièvres d'accès, bien qu'aucun accès formel ordinaire n'existât. Il a donc ordonné le sulfate de quinine à la dose d'un gramme en poudre, et d'une limonade sulfurique par dessus. Le mal a été promptement ébranlé; le troisième jour, l'appareil typhoïque avait disparu, la fièvre et les autres symptômes s'étaient dissipés, et le malade demandait à manger. La rate cependant continuait à être volumineuse. On a persisté pendant huit jours dans le sulfate de quinine en en diminuant un peu la dose vers la fin, et le malade est allé de mieux en mieux. Aujourd'hui, neuvième jour, la rate a beaucoup diminué de volume, et le malade continue à se bien porter. On le tient en observation.

Dans le courant de l'année qui vient de s'écouler, M. Rayer a eu à traiter quatre ou cinq cas de ce genre; il en a constamment triomphé, si ce n'est dans un cas, et malheureusement l'autopsie n'a pu être faite. La maladie dont il s'agit a quelque chose d'insidieux par sa forme : elle déroute aisément le diagnostic, surtout dans des époques où la fièvre typhoïde dont elle revêtit les apparences est très fréquente. On attache dans la caractérisation de la fièvre typhoïde une valeur décisive à l'éruption des taches ou des papules dites typhoïques sur le tronc, alors que, d'autre part, l'épistaxis, la stupeur ou le délire, la fréquence redoublée ou non du pouls, etc., se présentent concurremment. Ces phénomènes existaient bien chez ce malade, et pourtant on se serait trompé, fâcheusement peut-être, si la sagacité du clinicien n'eût pas pénétré au delà de ces limites. Le point capital de cette observation de M. Rayer, c'est l'engorgement de la rate et le caractère rémittent de la fièvre. Les praticiens ne se tromperont pas désormais. La question que ces faits soulèvent donne donc lieu à établir une nouvelle variété importante de fièvres continues. Ce sujet, au reste, est à l'étude, et demande de nouvelles observations pour fixer définitivement son caractère. Nous devons, en attendant, rappeler à nos lecteurs un travail d'un très grand intérêt sur cette matière, que nous avons donné dans le tome 2 de ce journal, pag. 406, et intitulé : Du traitement des ma-

ladies inflammatoires dans les localités miasmatiques ou marécageuses, par M. Baling, médecin à l'Amérique du sud. On trouve dans ce mémoire une multitude de cas de fièvre remittente, avec ou sans maladie inflammatoire grave de tel ou tel viscère, des cas de méningite, de bronchite aiguë, de pneumonie, de dyssénterie, etc., qui résistaient au traitement antiphlogistique ordinaire, et qui ne guérissaient promptement et franchement qu'autant qu'on joignait le sulfate de quinine, les saignées seules ayant été trouvées insuffisantes. L'auteur s'est élevé à des considérations pratiques importantes sur l'action du sulfate de quinine dans ces occurrences, nous y renvoyons le lecteur. Disons enfin que, dans les traités sur la fièvre typhoïde, on parle bien de l'engorgement de la rate à l'occasion des autopsies, mais on ne trouve pas, à propos de symptômes, une mention formelle sur l'état de cet organe durant le cours de la maladie. Les nouvelles observations rempliront sans doute une pareille lacune dans le tableau symptomatologique. L'on doit à M. Piorry d'avoir appelé l'attention sur l'examen de la rate dans plusieurs maladies. M. Rayer s'est fait une loi d'explorer attentivement cet organe par la percussion chez les typhoïques, et dans toutes les fièvres indistinctement, et il s'en est parfaitement trouvé, puisque c'est à une pareille méthode qu'il doit les observations précieuses dont nous venons de parler.

P. S. — Cet article était déjà imprimé lorsqu'un nouveau cas de fièvre continue rémittentente, avec éruption typhoïque et engorgement de la rate s'est présenté dans le service de M. Rayer. Il s'agit d'une jeune femme, d'assez bonne constitution, offrant tous les phénomènes d'une fièvre typhoïde, de gravité moyenne, à la première période. L'état de la rate a de suite appelé l'attention de M. Rayer. Il a prescrit des ventouses scarifiées sur la région splénique, et 60 centigr. de sulfate de quinine par bouche. Le lendemain la malade était déjà mieux, et elle avait pu dormir la nuit, circonstance importante, car la malade ne pouvait dormir depuis plusieurs jour. Hier, 2e jour de traitement, on a répété le sulfate de quinine. Aujourd'hui la malade était beaucoup mieux. M. Rayer la croit hors de danger. On continue le sel quinique et les boissons rafraîchissantes. La rate semble diminuer de volume. M. Rayer se demande si les guérisons de fièvre typhoïde que plusieurs personnes ont obtenues à l'aide du sulfate de quinine n'appartenaient pas à cette catégorie de fièvres continues avec engorgement de la rate. — Il serait sans doute important de savoir, dans ces cas, si la rate était ou non engorgée, et si la fièvre était ou non rémittente, car la rémittence suppose déjà que le mal n'est pas aussi intense que lorsqu'il est tout à fait continu. A la rigueur, cependant, le sulfate de quinine est parfaitement indiqué dans toute fièvre continue, en vertu de son action dynamique hyposthénisante vasculaire, tout comme il l'est dans toute intermittente. Nous espérons démontrer dans la suite de nos articles sur les fièvres, que, quels que soient sa forme, son type, sa marche, ses concomitances, etc., la fièvre n'est qu'une, toujours la même au fond, bien que ses apparences soient différentes suivant l'intensité de sa condition pathologique.

La fièvre typhoïde avec ictère et dépôts charbonneux n'avait été étudiée jusqu'ici que chez certains animaux. On l'observe aussi chez l'homme cependant, mais très rarement. Il paraît que la fièvre dite d'Edimbourg, c'est-à-dire qui a régné épidémiquement il y a quelques années dans cette ville, n'était que la variété de l'affection typhoïde à laquelle nous faisons allusion. On en voit un exemple en ce moment à la Charité, dans le service de M. Rayer. Il s'agit d'une jeune femme, domestique, offrant à son entrée tous les symptômes d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne. Dans le cours de la maladie, une jaunisse légère s'est déclarée, laquelle n'a duré que pendant quelques jours seulement. Consécutivement, la malade est restée faible, mais enfin elle semblait marcher vers la convalescence, lorsque, à la suite d'un léger écart dans le régime alimentaire, la fièvre, le délire, la diarrhée, l'abattement typhoïque, se sont déclarés de nouveau. La malade est restée dans cet état pendant plusieurs jours, puis un charbon gangréneux du volume du poing s'est déclaré à la fesse gauche. Il s'agit bien d'un charbon, d'un phlegmon gangréneux, et non de ces escarrhes superficielles qui arrivent sur la ligne médiane du tronc chez les typhoïques par l'effet du décubitus; ici le mal est à la fesse, tout à fait en dehors de la ligne de gravité axuelle; la tumeur est entourée d'ailleurs d'un cercle inflammatoire, phlegmoneux, comme dans les affections anthraciques ou charbonneuses. Dès que ce dépôt gangréneux s'est opéré, l'état typhoïque général s'est dissipé; mais la malade a eu à lutter consécutivement avec le travail éliminateur des tissus sphacélés. Des masses énormes de tissu cellulaire mortifié sont tombées, sous forme de bourbillon. Il en est résulté une caverne offrant au fond les muscles fessiers à nu; et pouvant recevoir un corps du volume d'une orange. La peau voisine est décollée, la malade est très faible d'ailleurs, malgré qu'on s'efforce de soutenir ses forces à l'aide d'un peu de vin et de quelques aliments substantiels. On s'attendait à la voir succomber; cependant elle semble aller mieux depuis quelques jours, sa plaie se déterge et se couvre d'un bourgeonnement louable. C'est le second cas de cette variété de fièvre typhoïde que M. Rayer rencontre; le premier s'est terminé par la mort. La circonstance caractéristique au début de la maladie, c'est l'ictère; vient ensuite le dépôt gangréneux qui rapprocherait cette affection de la peste véritable, ou de la fièvre charbonneuse des animaux domestiques. Le quinquina, l'opium, la limonade vineuse, ont été prescrits par M. Rayer, vers la dernière période de la maladie.

Si l'on voulait s'élever de ces faits à la source véritable de ces dépôts gangréneux, à peine étudiés chez l'homme comme phénomène concomitant ou secondaire de la fièvre continue, on serait singulièrement embarrassé d'après les doctrines régnantes sur la condition pathologique de cette fièvre. On aurait bien recours à l'humorisme, à la *matière peccante* de la médecine ancienne, mais on craint le ridicule, et l'on s'abstient de toute explication. Cependant les faits de cette nature se multipliant, il faudra bien sortir du cercle qu'on s'est tracé. Il s'agit là, comme on le voit, d'une question très délicate dont la solution pourrait jeter une vive lumière sur le traitement préventif de la complication

dont il s'agit. On croira peut-être hardi de notre part, si nous disions que, dans notre manière de voir, les dépôts gangréneux chez les sujets dont il s'agit ne sont que l'analogue des abcès multiples qu'on observe souvent à la suite des fièvres continues. Il s'agit d'un travail morbide des capillaires périphériques, et qui dans un cas produit de petits abcès, dans une autre, la mortification des tissus, une véritable gangrène; la différence est dans le degré. Les abcès multiples se rattachent à une phlébo-artérite partielle des capillaires périphériques. La même phlogose portée à un point plus élevé s'accompagne d'étranglement et de mortification, par gonflement et obturation des parois des capillaires. C'est ainsi aussi, ou d'une manière analogue, que se produit la gangrène sénile, sous l'influence de l'artérite. Ces affections périphériques sont la conséquence de la fièvre elle-même dont la condition pathologique est dans l'arbre vasculaire, ainsi que nous le verrons. De là l'indication fondamentale de l'administration des remèdes hyposthénisants vasculaires. Cette manière de voir doit, nous le savons bien, paraître étrange, les doctrines humoristiques ou iatro-chimiques dominantes entraînant les médecins à un autre ordre d'idées.

L'érysipèle de la tête se montre en ce moment dans plusieurs hôpitaux, avec des caractères assez graves pour mériter l'attention des praticiens. Le mal attaque tantôt la face, tantôt le cuir chevelu, et il passe de l'une de ces parties à l'autre. Il frappe de préférence les femmes encore jeunes. Dans une des salles de M. Chomel, à l'Hôtel-Dieu, on voit plusieurs de ces malades; une, entre autres, qui est enceinte de huit mois; d'autres viennent de guérir de la même affection. On en rencontre pareillement dans le service de M. Rayer et ailleurs. M. Chomel a consacré à cet important sujet une leçon intéressante dont nous allons reproduire les traits principaux. Chez la plupart de ces malades, l'affection débute par un frisson suivi de fièvre et de délire. Délire dans les paroles et dans les actes; car l'une des malades de l'Hôtel-Dieu s'est levée pour aller se coucher dans un autre lit occupé par une autre malade; chez quelques-unes, le mal est précédé d'un gonflement douloureux de plusieurs ganglions autour des mâchoires. Quand ces ganglions se déclarent chez des sujets bien constitués et bien portants d'ailleurs, on peut être certain qu'une érysipèle va arriver à la face dans trois, quatre jours, plus ou moins. Cette observation, due à Frank, a été trouvée d'une grande exactitude par M. Chomel. Chez d'autres, les ganglions se sont déclarés après le début de l'érysipèle; ils succèdent à l'inflammation érysipélateuse comme à d'autres maladies, car le propre des ganglions lymphatiques, c'est de s'affecter secondairement dans beaucoup d'affections. A ce premier début succède un gonflement d'un côté de la face, avec rougeur, tension et douleur, comme dans tout autre érysipèle. Le mal envahit petit à petit toute la face, puis il passe au cuir chevelu. Le délire et la fièvre se continuent pendant plusieurs jours. Dans quelques cas, l'érysipèle débute par le cuir chevelu, et de là il s'étend à la face. On méconnait facilement la maladie tant qu'elle est bornée au cuir chevelu; on la prend aisément pour une affection rhumatismale pour une névralgie ou pour une autre affection, par la raison qu'elle n'offre pas les mêmes caractères que dans les autres régions. On comprend cependant combien ce diagnostic est important pour le traitement, puisque l'érysipèle du cuir chevelu peut se terminer par la mort. M. Chomel en a vu trois ou quatre exemples, l'érysipèle était bien spontané, non lié à aucune cause traumatique et chez des sujets bien constitués, bien portants d'ailleurs, et n'ayant jamais été jusque-là atteints d'érysipèle. On croit généralement, dans ces cas, que le mal se prolonge jusqu'aux méninges, puisque des symptômes encéphaliques l'accompagnent dès le début. Il n'en est rien cependant, dit M. Chomel, puisque à l'autopsie de trois ou quatre sujets dont il s'agit, il n'a rien trouvé dans la boîte crânienne; l'encéphale, ainsi que ses enveloppes, étaient sains.

Voici, au reste, les caractères à l'aide desquels un clinicien attentif peut reconnaître l'érysipèle du cuir chevelu. S'il y a des ganglions développés autour de la base du crâne, c'est déjà une présomption d'érysipèle, ainsi qu'on vient de le voir. En écartant les tiges capillaires jusqu'à leur base, sur les points gonflés et douloureux, on trouve que la peau est d'un gris légèrement rosé. Cette teinte n'est pas la même que celle de la peau de la face ou de toute autre région frappée d'érysipèle; mais elle n'est pas non plus celle que le cuir chevelu présente à l'état normal. On peut en reconnaître les différences en examinant comparativement les points du crâne non encore envahis par l'érysipèle. Sur ces points, la teinte est blanchâtre. Un second caractère auquel M. Chomel attache une importance décisive, c'est l'œdème. En pressant en effet avec un doigt les points qu'on présume attaqués d'érysipèle, on produit de la douleur et un enfoncement des tissus; l'empreinte persiste comme dans tout œdème, et on peut la constater en glissant à plat la pulpe du doigt: on sent ainsi le bourrelet circulaire et l'enfoncement de l'empreinte. Ces caractères ont été faciels à constater sur plusieurs des femmes qui sont en ce moment à l'Hôtel-Dieu. Le mal marche d'un point à un autre du cuir chevelu, la fièvre et le délire persistent avec plus ou moins d'énergie, et enfin la face est envahie à son tour. Alors la nature de la maladie devient patente, et si le médecin l'avait méconnue jusque-là, il ne peut plus rester dans le doute. Ces observations présentent sans doute un grand intérêt; cependant on ne comprend pas assez un délire aussi prolongé, aussi grave, sans admettre une lésion des méninges. M. Chomel semble s'expliquer le fait par l'irritation qu'éprouvent les nombreux filets nerveux de la face et du cuir chevelu. Des autopsies incontestables cependant ont dévoilé, dans d'autres cas, l'existence d'une traînée de petits abcès dans l'orbite et dans le crâne, près des orbites; les membranes cérébrales étaient d'ailleurs injectées (Piorry). Il ne faut pas oublier que dans les tissus à vascularisation fine, comme les méninges, la phlogose ne laisse pas toujours des restes appréciables sur le cadavre,

surtout lorsque le mal a duré quelque temps, et que des saignées ont été pratiquées. L'érysipèle n'est dans son essence qu'une phlogose vasculaire, une artéro-phlébite capillaire qui se transmet aux lymphatiques, ou même débute par eux, puisque les lymphatiques communiquent partout avec les veines, quoiqu'en dise M. Serre. Le mal suit la direction des vaisseaux, et il entre avec eux dans les méninges. On sait d'ailleurs que l'érysipèle externe lui-même ne laisse pas de traces bien notables sur le cadavre, par la raison, nous le répétons, qu'il s'agit là d'une phlogose vasculaire fine, dont l'intensité est suffisante pour produire la mort, mais pas assez pour laisser des sécrétions morbides, comme les autres inflammations. Ces remarques nous ont semblé nécessaires pour rendre compte des autopsies négatives de M. Chomel.

Un autre fait non moins intéressant que M. Chomel a mis en évidence est relatif à un signe avant-coureur de la marche extensive de l'érysipèle. Toutes les fois que la maladie veut s'étendre d'un endroit dans un autre, elle produit sur sa limite de progrès un bourrelet rouge à la peau, parfaitement reconnaissable, de l'épaisseur d'une ligne à une ligne et demie. Cette espèce de gonflement limitrophe indique donc une marche extensive, et l'on peut, à son aide, reconnaître les moments de déplacement, et, à son absence, l'époque de sa fixation définitive. Ce double caractère que nous avons constaté plusieurs fois, offre de l'importance, surtout quand on veut, dit M. Chomel, expérimenter l'efficacité de certains remèdes réputés propres à fixer l'érysipèle erratique ou ambulant. M. Chomel a voulu s'enquérir de la valeur des vésicatoires volants, de la pierre infernale et de la pommade mercurielle à ce point de vue : pour cela, il les a appliqués dans les cas où l'érysipèle présentait le bourrelet dont nous venons de parler, et jamais il n'a vu l'affection se fixer, s'arrêter. Constamment, dit-il, l'érysipèle a franchi le vésicatoire, la pierre infernale et la pommade mercurielle, et continué sa marche ambulante. Il en conclue qu'on s'est fait illusion, les succès étant dus à une coïncidence, le mal devant s'arrêter naturellement dans ces cas-là, puisqu'on n'avait pas tenu compte de la condition dont il est question. M. Chomel a observé des cas d'érysipèle ambulant où la phlogose a passé aussi librement qu'ailleurs à travers des surfaces qui se trouvaient par hasard couvertes de vésicatoires. Au reste, M. Chomel ne tient aucun compte de l'action dynamique de ces remèdes. Ils peuvent en effet, par leur action antiphlogistique, être utiles, sans pourtant arrêter la marche progressive de la maladie. Faisant ici une excursion générale sur d'autres phlogoses, en particulier sur la pneumonie, M. Chomel taxe d'illusion les auteurs qui prétendent *juguler* les phlogoses dès leur début, à l'aide des saignées répétées. Toute phlogose aiguë offre, dit-il, quoi qu'on fasse, quatre périodes que rien ne saurait empêcher d'exister, savoir : un début d'une intensité quelconque ; une marche ascendante relative ou d'accroissement ; un *statu quo*, ou période d'*état*, et une époque de déclin. Un traitement efficace peut sans doute abréger la durée, l'intensité de ces quatre périodes, mais jamais *juguler* la maladie comme on l'a prétendu. Ceci s'applique également à l'érysipèle. Suivent d'autres détails sur cette question.

Le traitement adopté par M. Chomel dans l'érysipèle de la tête consiste dans des saignées du bras, répétées plus ou moins selon l'intensité de la fièvre et du délire ; dans l'usage de purgatifs salins répétés chaque jour ; de vésicatoires aux pieds, de sinapismes volants aux jambes, de boissons rafraîchissantes. Une condition d'une grande importance est de placer les malades presque assis dans leur lit, afin que la tête reste haute, et de tenir cette partie tout à fait découverte dans le but de prévenir toute accumulation de chaleur, et par conséquent un surcroît de congestion. Toutes les malades traitées de la sorte à l'Hôtel-Dieu ont guéri. M. Rayer a adopté à peu près les mêmes principes, et il s'en est bien trouvé. M. Chomel blâme dans ces cas les applications de sangsues sur les régions malades ou aux environs, par la raison que leurs piqûres favorisent l'extension de l'érysipèle. Il désapprouve pareillement le tartre stibié, ce médicament faisant aisément vomir, et par le vomissement la congestion céphalique augmente selon lui. Le tartre stibié n'est, aux yeux de M. Chomel, qu'un remède évacuant, et il ne paraît tenir aucun compte de l'action dynamique, la seule intrinsèque et efficace. Les sels neutres, l'huile de ricin lui paraissent préférables. Rappelons enfin que M. Bouillaud traite aussi l'érysipèle à l'aide des saignées coup sur coup dont nous avons vu de bons effets, et d'abondantes applications d'axonge sur les tissus phlogosés. Comme topique antiphlogistique d'une grande efficacité, le tartre stibié en solution a été adopté par M. Mojon, sous forme de fomentatation continue à l'aide de compresses en plusieurs doubles. Ces fomentations blanchissent les tissus, apaisent l'inflammation. On peut les faire tièdes si l'on veut ; froides cependant elles sont préférables, et n'offrent pas le moindre danger.

Les affections saturnines se rencontrent à chaque pas dans les hopitaux de Paris. Rarement, cependant, elles sont graves, par la raison que les ouvriers des fabriques de plomb en sont si souvent attaqués qu'ils reconnaissent eux-mêmes dès le début les atteintes de la maladie, et ils quittent aussitôt leur ouvrage pour se rendre à un hôpital où ils sont sûrs d'être soignés, sauf à recommencer cependant quelque temps après, sous l'influence de la même cause ; de telle sorte que la plupart de ces individus ne font qu'entrer et sortir plusieurs fois par an des hôpitaux, jusqu'à ce qu'ils changent de profession, et c'est le plus ordinaire ; ou bien qu'ils deviennent infirmes à la longue ; ou bien enfin qu'ils succombent avec des symptômes d'encéphalopathie saturnine, mais ces cas sont exceptionnels. La plupart des ouvriers qui s'enrôlent pour la première fois dans une fabrique où l'on travaille le plomb ou des composés plombiques, il est rare que, dans le courant des deux ou trois premiers mois, ils n'éprouvent les premiers symptômes de l'intoxication ; quelques-uns plus tôt, d'autres plus tard. Ils quittent le travail pendant quelque temps ; ils guérissent à l'hôpital ou chez eux ; mais à peine reviennent-ils à la fabrique, qu'au bout d'une quinzaine de jours environ le mal reparaît. Les récidives deviennent dès lors d'autant plus rapprochées qu'elles se sont déjà répétées. Deux, trois, six jours suffisent, pour les anciens ouvriers, pour reproduire la maladie. Ce fait, nous l'avons vérifié chez tous les malades des hôpitaux que nous avons interrogés, et il est facile à constater. Il prouve à nos yeux une chose importante : c'est qu'en quittant les hôpitaux ces sortes d'ouvriers ne sont pas parfaitement guéris, bien qu'ils semblent

rétablis en apparence. Nous verrons tout à l'heure si le traitement qu'on leur fait subir est de nature à déraciner complètement le mal, à rétablir l'organisme à son point normal primitif, et si les mesures prophylactiques qu'on a recommandées ne sont pas plutôt favorables à la récidive.

L'affection saturnine s'offre sous deux formes distinctes dans les hôpitaux de Paris : l'une, légère, qu'on pourrait appeler *abdominale*, par la raison que les symptômes culminants se montrent du côté de cette région (coliques, constipation), ce qui ne veut pas dire que là soit la source véritable des phénomènes dont se plaignent les patients. Le ventre est mou, indolore à la pression, il n'est pas retraité. Quelquefois seulement les muscles abdominaux, surtout les droits, sont tendus. Les malades se soulagent des coliques à l'aide de la compression avec leurs mains. Dans ce premier degré, le teint est normal, le pouls plutôt lent et mou, la chaleur dermique naturelle. Les gencives sont grisâtres vers leur bord libre, en contact avec le collet dentaire. Dans un degré plus avancé de cette première forme, le teint est pâle ou terne, comme terreux, le pouls est tellement ralenti qu'il marque à peine 50 pulsations environ par minutes; chez quelques sujets nous n'avons trouvé que 40 à 44 pulsations. M. Bouillaud caractérise de chlorose saturnine la pâleur que ces sujets présentent, lorsqu'il trouve en même temps du souffle dans les carotides. Dans la seconde variété, l'affection pourrait être nommée *nerveuse*; elle coexiste toujours avec la précédente dont elle n'est en réalité qu'un degré plus avancé, car l'affection n'est qu'une, toujours la même au fond. Ce qui la constitue, c'est, indépendamment des coliques et de la constipation, un tremblement musculaire des doigts ou de la main, des contractions choréiformes, une paralysie de ces parties, d'un membre thoracique ou abdominal, avec diminution plus ou moins notable de l'intelligence jusqu'à l'idiotisme. Tous ces phénomènes existent toujours sans fièvre. Un malade de la première catégorie qui était dernièrement couché dans les salles de M. Cruveilhier, à la Charité, présentait des vomissements, indépendamment des coliques et de la constipation, phénomène assez rare et qui avait fait mal augurer de la maladie; mais l'opium a apaisé facilement l'action antipéristaltique de l'estomac, et les choses ont tourné pour le mieux. Un autre, de la seconde catégorie, couché à la clinique de M. Bouillaud, offrait une paralysie à la main et à l'avant-bras du côté droit; ce praticien a fait appliquer des vésicatoires volants sur ces parties et de la strychnine dans les pansements; mais sans avantage; et cela devait être, par les raisons que nous allons exposer. M. Bouillaud combat aussi la prétendue chlorose saturnine à l'aide des ferrugineux, ce qui est, selon nous, non seulement inutile, mais aussi nuisible, et l'on verra pourquoi. Chez un troisième malade enfin, qui est en ce moment à la Charité (service de M. Rayer), la forme nerveuse de l'affection saturnine s'est élevée jusqu'à l'encéphalopathie; l'intelligence est presque abolie, la parole lente et difficile, l'oreille et la vue sont affaiblies, le ventre très contracté, comme une planche, les membres tremblants, l'haleine extrêmement fétide. Cet homme n'a que 49 ans; pourtant on lui en donnerait plus de 60, d'après l'état d'anéantissement progressif de ses organes, sous l'influence de l'intoxication plombique.

Les médecins de Paris ne s'expliquent guère su l'idée qu'ils se forment sur la nature de l'affection saturnine. Ils parlent, il est vrai, d'intoxication, mais sans formuler aucune idée sur la condition pathologique de cette intoxication. Qui dit intoxication, dit trouble fonctionnel, état dynamique morbide, avec ou sans action locale. Dans l'espèce, il ne peut y avoir d'action locale, puisqu'il s'agit d'un empoisonnement lent, chronique, opéré par la peau et par la voie pulmonaire. En quoi consiste donc la modification morbide que les exhalaisons plombiques impriment aux organes? On le chercherait en vain dans nos dictionnaires ou dans les leçons de nos maîtres, et c'est en vain aussi que nous l'avons cherché dans un livre spécial sur les affections saturnines, et qu'a couronné, il y a quelques années, l'Académie des sciences. Ce livre offre sans doute de l'intérêt par les faits que l'auteur y a réunis, mais il n'ajoute pas grand'chose aux connaissances acquises antérieurement; nous dirons plus, il n'apprend aucunement ce que c'est que l'affection saturnine, et il est douteux que son auteur s'en soit fait une idée quelconque. Tant il est vrai que voir un très grand nombre de malades dans une affection quelconque n'est pas une garantie suffisante qu'on l'ait mieux comprise que d'autres. Ce qui prouve d'ailleurs que l'on ne caractérise aucunement la nature de la maladie, c'est qu'on ne s'attache à traiter que ses symptômes culminants; en particulier, la constipation; et quand la constipation est dissipée à l'aide de purgatifs, on déclare le malade guéri s'il n'y a pas paralysie. C'est là la raison pour laquelle ces sortes de malades ne sortent souvent qu'incomplètement guéris des hôpitaux.

Un jeune homme est en ce moment dans les salles de M. Chomel, à l'Hôtel-Dieu, pour une affection saturnine légère (forme abdominale). Ce praticien a prescrit : tartre stibié, 15 centigr. (3 grains) dans un pot de tisane, à prendre dans le courant de la journée; un lavement de décoction de séné; une prise de 5 gm. (un gros et un scrupule) d'huile de ricin. Quelle indication peut-il donc remplir le tartre stibié dans ce cas? Fera-t-il sortir le plomb par diaphorèse, par vomissement, par les voies alvines? Mais le plomb de l'intoxication ne reste pas longtemps dans l'économie, il est éliminé promptement par les organes, et ses effets persistent. D'un autre côté, le tartre stibié est essentiellement hyposthénisant comme le plomb; il ne peut donc qu'aggraver l'intoxication, et si cela n'a pas lieu toujours d'une manière très sérieuse, c'est que le mal n'est pas grave. Que l'essence de la maladie saturnine consiste dans une hyposthénie générale, en particulier des centres nerveux spinaux, cela ressort des symptômes eux-mêmes, de la lenteur et mollesse du pouls, de la pâleur, de la lassitude générale, de

l'affaiblissement des fonctions cérébro-rachidiennes, de l'apyrexie absolue, de l'état blanc et mou des tissus à l'autopsie, et de la tolérance excessive de ces sortes de malades pour les alcooliques. Le mal que le tartre stibié continué pourrait faire serait très grand si on le donnait dans la forme paralytique de l'affection, et si l'on ne joignait pas une nourriture substantielle et l'usage du vin qui en paralysent l'effet jusqu'à un certain point. Une pareille prescription prouve pour nous que l'affection n'est aucunement étudiée dans son essence. L'on arrivera à la même conclusion si l'on veut se rendre compte de la prescription des purgatifs. En effet, la constipation n'est qu'un symptôme, la source véritable du mal étant à la moelle. Il serait difficile de dire par quel mécanisme ce symptôme est produit, à moins d'admettre que l'action dynamique du plomb occasionne, comme l'arsenic, une coarctation spasmodique du colon, ainsi que nous croyons l'avoir prouvé par des faits incontestables à l'égard de ce dernier poison. Les coliques elles-mêmes seraient la conséquence de cette même contraction spasmodique du gros intestin. Ce serait donc là un simple phénomène nerveux. La fibre intestinale se contracte, en effet, par la même cause que les muscles abdominaux. Or, il est évident, que ce qui peut enlever d'une manière durable un pareil symptôme, c'est ce qui combat la condition fondamentale de la maladie, l'hyposthénie spinale. Aussi voit-on la fonction intestinale se rétablir parfaitement, et les coliques disparaître sous l'influence des opiacés à haute dose, des alcooliques et de quelques légers laxatifs. Les malades qu'on traite par le tartre stibié et par les purgatifs, traînent sans amélioration pendant plusieurs jours; puis, quand on cesse les médicaments ils se sentent mieux, mangent et boivent, prennent un peu de force et quittent l'hôpital sans être tout à fait guéris. Leur amélioration tient à une double cause, à leur éloignement du foyer miasmatique primitif, et au repos joint à quelques aliments meilleurs que ceux dont ils se nourrissent chez eux; mais à peine vont-ils s'exposer à l'action de la cause toxique que leur mal reparaît de plus belle, la maladie première persistant encore chez eux, puisqu'elle n'a pas été combattue directement.

Les médecins de l'hôpital de la Charité prescrivent à la fois les purgatifs et un peu d'opium comme calmant, le soir. M. Cruveilhier, par exemple, fait donner dans le jour un lavement de séné avec sulfate de soude; et le soir, 5 centigr. d'extrait thébaïque. M. Rayer et M. Andral en font à peu près autant, seulement ils préfèrent l'eau de Sœdlitz en boisson. Les malades se trouvent promptement soulagés, ce qui est dû, selon nous, à l'opium, au repos, aux aliments et au peu de vin qu'on leur administre. Les purgatifs répétés sont hyposthénisants, comme on sait, et ils finissent par nuire réellement quand l'affection est sérieuse, quand elle s'accompagne de rétraction de la paroi du ventre, de convulsions ou de paralysie.

Il importe donc de se pénétrer de cette vérité: que les purgatifs ne guérissent par eux-mêmes, dans aucun cas, l'affection saturnine; tandis que, d'un autre côté, ils peuvent l'aggraver si l'on en abuse, les véritables remèdes dynamiques étant les stimulants, en particulier, l'opium et les alcooliques. C'est même à cause de l'usage habituel que font de ces boissons certains ouvriers, qu'ils se préservent des atteintes profondes de l'affection. La médication dont il s'agit ne produit de guérisons durables qu'autant qu'on continue l'opium et les alcooliques à doses convenables pendant assez longtemps. Malheureusement ces sortes de malades sortent trop tôt des hôpitaux. L'on comprend maintenant pourquoi nous blâmons les ferrugineux pour combattre la pâleur chez ces sujets, pâleur qu'on caractérise à tort de chlorose. C'est que, en effet, il s'agit d'une véritable pâleur asthénique que les ferrugineux augmentent, ces remèdes étant hyposthénisants. Aucun des malades que nous avons vu traiter de la sorte par M. Bouillaud n'a éprouvé effectivement le moindre soulagement. Il est d'ailleurs d'une mauvaise thérapeutique de ne s'attacher à combattre que les phénomènes secondaires ou subalternes des maladies, sans s'enquérir de la condition fondamentale de celle-ci. L'on conçoit pareillement pourquoi les vésicatoires et la strychnine sont pour nous contre-indiqués dans la paralysie saturnine, leur action étant hyposthénisante. Une médication plus absurde, plus dangereuse encore est celle qui a pour base la limonade sulfurique, le sulfate d'alumine et quelques autres prétendus neutralisants chimiques du plomb. Ces moyens sont prescrits à titre de prophylactiques dans quelques fabriques, et Dieu sait tout le mal qu'ils produisent! Nous renvoyons, pour plus de détails sur cette importante question, au mémoire du docteur Gabrini, que nous avons donné (t. 1, p. 43) et à l'extrait d'un travail de M. Legroux (t. 1 p. 267). Tel est cependant l'entraînement de l'humorisme que l'on ne cherche plus de nos jours que dans le sang le siége de l'affection saturnine, et l'on s'imagine avoir tout dit par le mot intoxication, auquel on n'attache pourtant que des idées fausses!!

Hôpital de la Charité. (M. Rayer.)

Néphrite chronique albumineuse. Ammoniaque. Trois femmes, dont deux encore jeunes (20 à 30 ans), sont en ce moment traitées dans le service de M. Rayer, à l'aide de l'ammoniaque liquide, à la dose de 12 gouttes par jour, dans une tisane, pour cette désolante affection qu'on appelle : *Maladie de Bright*, et que M. Rayer a dénommée : *Néphrite chronique albumineuse*. On la diagnostique avec la plus grande facilité, à la forme aqueuse et blanche de l'urine qui contient de l'albumine, et à l'état particulier de bouffissure du visage; souvent œdème des membres inférieurs et hydropisie ascite. Ce dernier symptôme a existé et disparu chez l'une de ces malades; l'œdème s'est montré chez les deux autres, il a disparu et reparu à plusieurs reprises. L'urine, remarquable par sa blancheur, ressemble à du petit lait clarifié, offre une gravité spécifique moindre qu'à l'état sain, par suite de la disparition de ses sels normaux; et c'est cette disparition et la présence de l'albumine qui lui donnent cette apparence si caractéristique. L'usage de l'ammoniaque que ces malades suivent depuis plusieurs jours n'a pas jusqu'ici produit d'effet favorable bien notable. L'urine est essayée tous les trois, quatre jours, à l'acide nitrique, dans de petits tubes gradués, afin de pouvoir juger de la proportion d'albumine qu'elle contient. M. Rayer ne désespère pas de guérir ces malades, surtout les deux jeunes femmes chez lesquelles l'affection ne semble pas très avancée. Il a déjà obtenu des guérisons de ce genre après un an, quatorze mois ou plus de traitement, à l'aide des ferrugineux, du quinquina, de

la cantharide, et de l'usage de la décoction de raifort. M. Rayer se propose probablement d'en venir à ces moyens après avoir expérimenté pendant quelque temps les effets de l'ammoniaque. Nous reviendrons sur ces faits.—On voit en ce moment un quatrième cas de ce genre à la Charité, dans le service de M. Andral, chez un homme robuste, âgé d'une quarantaine d'années; le mal s'accompagne d'ascite. On prescrit l'usage de l'extrait de quinquina et de teinture vineuse de quinquina. L'hydropisie ne fait pas de progrès bien rapides.

Dans les conversations cliniques, toujours si pleines d'intérêt et si instructives, qui s'engagent chaque matin aux lits des malades, entre M. Rayer et les jeunes médecins qui suivent assidûment sa visite, ce clinicien se plaît à transmettre à ses jeunes confrères les observations qu'il a eu l'occasion de recueillir dans sa longue pratique. Il expliquait dernièrement sa manière de voir à l'égard de l'affection des trois malades dont nous venons de parler. M. Rayer désapprouve la dénomination d'*albuminerie* qu'on a donnée à cette maladie, par la raison que l'albumine dans les urines se rencontre dans des affections diverses, sans que les reins soient malades; elle se rencontre d'ailleurs dans divers liquides de l'économie, dans l'eau de l'hydrocèle, dans celle de l'hydropisie ascite, etc. La dénomination ci-dessus est donc vicieuse, puisqu'elle conduit à une fausse idée, à la croyance que l'albumine dans l'urine constitue la maladie en question. Pour se former une idée exacte de cette affection il faut, dit M. Rayer, la suivre dans les deux formes qu'elle présente : à l'état aigu, pyrétique, et à l'état chronique ou apyrétique. Dans la première, il y a tous les signes des phlogoses viscérales accompagnées de fièvre; l'urine est rare, sanguinolente, albumineuse; il y a douleur sourde dans la région rénale. Les saignées et les autres remèdes antiphlogistiques la guérissent très bien. En la suivant sur le cadavre, on trouve le rein manifestement enflammé; il est rouge, activement congestionné, hypérémié. Dans la seconde, le mal est apyrétique, il dure très longtemps et s'accompagne des phénomènes que nous venons d'indiquer à l'occasion des malades ci-dessus. A l'autopsie, l'altération est analogue à la précédente, mais moins intense; le rein a subi des dégénérescences par la chronicité de la maladie, il est atrophié dans certains cas, ramolli et jaune dans d'autres. On peut trouver l'analogue de cette affection du rein dans l'inflammation aiguë ou chronique du testicule. Telles sont les raisons qui ont autorisé M. Rayer à dénommer la maladie de Bright : *Néphrite chronique albumineuse*. Il suit de là la raison pour laquelle les remèdes antiphlogistiques ordinaires guérissaient la maladie dans la forme aiguë, et restent insuffisants dans la chronique; et la nécessité dans cette dernière d'avoir recours aux médicaments à action élective. A ce point de vue, le nitrate de potasse s'offre en première ligne et il mérite d'être essayé conjointement aux autres médicaments dont nous venons de parler. Au reste, dans l'état actuel de la science on ne comprend pas assez le mode de formation de l'hydropisie ascite comme phénomène culminant de la néphrite chronique albumineuse, et M. Rayer lui-même avoue ne pas en connaître suffisamment le mécanisme.

Teigne faveuse. Pommade d'iodure de soufre. Guérison. — Une jeune personne, âgée de 21 ans, de la campagne, de constitution cachectique, était depuis un an atteinte de favus sur tout le cuir chevelu. A son entrée à l'hôpital, ses cheveux étaient déjà tombés spontanément, et son cuir céphalique était entièrement couvert de croûtes dures et épaisses, formant une incrustation unique, analogue à l'enveloppe d'une tortue ou d'une masse de plâtre grossièrement déposée (favus scutiformis ou nummulaire. Alibert). Les ganglions lymphatiques autour des oreilles étaient hypertrophiés par masses. M. Rayer lui a prescrit l'usage d'une pommade de iodure de soufre, à frictionner sur toute la tête une fois par jour. Cette pommade se compose de deux à quatre parties d'iodure pour trente parties d'axonge. Au bout de quelques jours les croûtes sont tombées et la tête s'est complètement dépouillée. Le cuir chevelu s'est alors montré à nu, dépourvu de cheveux dans la plus grande partie de son étendue; ici blanc comme neige, là rougeâtre, boursoufflé, excorié, offrant des plaques érythémateuses, rugueuses, sensibles au toucher et avec tendance à sécréter de nouvelles croûtes. On a continué chaque jour l'usage de la même pommade; on y a joint une tisane amère avec du sirop antiscorbutique, et la sécrétion morbide a été épuisée; les plaques rouges se sont rétrécies de plus en plus, et aujourd'hui (un mois de traitement), la malade est en bonne voie de guérison. On continue le traitement, les ganglions rétro-auriculaires étant toujours engorgés et la patiente n'étant pas réglée depuis un an. On a examiné au microscope plusieurs croûtes du favus et l'on y a reconnu la présence de petits corps enchaînés les uns aux autres, et qu'on croit être des cryptogames.

— On attache toujours de l'importance aux cas de favus dans les hôpitaux; d'abord, parce que le mal est, dit-on, contagieux; ensuite, parce que des conditions morbides générales accompagnent le plus souvent l'éruption faveuse. Ces conditions ne sont pas suffisamment connues. Tout ce qu'on peut dire chez la malade de la Charité, sous ce rapport, c'est qu'elle semble dans un état de semi-idiotisme; son teint est comme terreux d'ailleurs. C'est une question de savoir quel est, dans ces cas, le traitement général le plus convenable à prescrire. On a dû remarquer, d'autre part, que chez cette malade il s'était opéré, à la longue, une alopécie spontanée, circonstance heureuse pour la médication locale, car on sait toutes les difficultés qu'on éprouve à détruire les cheveux pour agir efficacement avec les pommades. Cette chute spontanée n'est pas rare, elle est même constante à une certaine période du favus nummulaire, la source de l'affection étant, à ce qu'on assure, dans les cryptes pilaires eux-mêmes. On manque, a dit M. Rayer, d'un composé épilatoire convenable; celui des frères Mahon, le seul commode et efficace, est jusqu'ici exploité comme un secret, ce qui est regrettable dans une époque où tous les médecins honnêtes vident leurs poches au profit de la science et de l'art. La poudre épilatoire des frères Mahon, au reste, paraît n'être autre que l'épilatoire des peuples orientaux, en particulier des Mahométans qui se rasent la tête à l'aide d'un topique

composé de chaux éteinte et de sulfure d'arsenic ou d'acide arsénieux. On en fait une pâte coulante comme du plâtre à mouler, à l'aide d'un peu d'eau ; on l'étale sur les poils qu'on veut détruire et on l'y laisse sécher quelques instants, puis on le râcle légèrement avec un couteau de bois et les cheveux sont entraînés merveilleusement sans la moindre douleur. C'est ainsi que quelques vieilles marquises, en Italie, rasent leur moustache pour se rajeunir ! Nous avons rasé nous-même parfaitement les poils d'un avant-bras à l'aide d'un composé de cette espèce. Nous avons parlé de cet épilatoire dans notre première brochure sur l'arsenic.

Tympanite hystérique. Ammoniaque.—Une jeune femme avait été dernièrement transportée des salles de chirurgie (service de M. Gerdy) dans celles de M. Rayer. Cette femme offrait tous les symptômes de la chlorose et avec cela un balonnement abdominal considérable, comme si elle était enceinte de neuf mois. La percussion ne laissait pas de doute sur la nature gazeuse de ce développement. M. Rayer, cependant, a voulu s'assurer si la patiente n'exagérait pas sa tympanite par la contraction volontaire des muscles abdominaux. Il a donc placé une main à plat sur le sommet de la tumeur, en attendant qu'il l'obligeait à répondre à des questions, et il distrayait ainsi son attention ; la tumeur s'est ainsi détendue un petit peu, mais il y avait là une tympanite réelle. L'organe gestateur ne fonctionnait point, les artères carotides offraient du susurrus ; le teint, sans être tout à fait très pâle, offrait un certain cachet maladif. Des symptômes nerveux généraux assez bizarres existaient d'ailleurs. La malade avait été purgée sans avantage dans le service de M. Gerdy, elle se sentait, disait-elle, étouffer, et ne dormait point. M. Rayer, après deux ou trois jours d'examen, a mis cette malade à l'usage de l'ammoniaque liquide par bouche, à la dose de douze gouttes dans une tisane. Ce traitement a été continué depuis cinq à six jours. Il s'est opéré un mieux très remarquable. La tympanite a diminué de moitié à peu près, la tumeur s'étant affaissée et ramollie, l'étouffement de la respiration ayant disparu et un calme général s'étant manifesté. La physionomie de la malade est bien meilleure d'ailleurs. On continue l'usage de l'ammoniaque. Ce moyen la guérira-t-il? Toujours est-il qu'il l'a remarquablement soulagée. A propos d'hystérisme, on ne saurait trop s'enquérir de moyens capables de soulager ou de dissiper certains symptômes. Ajoutons, au reste, que cette femme éprouvait en même temps une rétention d'urine pour laquelle on est encore obligé de la sonder ; mais M. Rayer ne pense pas que ce soit là un commencement de paralysie, ainsi qu'il en a vu des exemples chez les hystériques qui deviennent paralytiques.

— La tympanite, l'ammoniaque, l'impuissance vésicale, tels sont les objets qui appellent l'attention du praticien dans cette observation.—Quant à la tympanite qui est si fréquente chez les hystériques comme chez les hypochondriaques, c'est une question de savoir si les gaz existent uniquement dans les intestins, ou bien dans ceux-ci et dans le péritoine à la fois. On sait que les séreuses ne sécrètent à l'état normal que des gaz qui se convertissent en liquide ; qu'en cas de maladie, ces gaz constituent souvent la source des hydropisies, et que sur les cadavres on rencontre souvent de ces gaz à l'ouverture du péritoine. Les cavités muqueuses se trouvent également dans le même cas, bien qu'elles sécrètent en même temps des liquides de toute espèce. Dans tous les cas, cependant, la tympanite spontanée, indépendante de la nature de certains aliments dits *venteux*, lesquels contiennent beaucoup de soufre, ainsi que l'a démontré M. le professeur Dumas (choux, haricots, etc.), doit être considérée comme un phénomène morbide, un symptôme analogue à l'hydropisie et non comme une maladie idiopathique. On comprend par conséquent que, pour être rationnelle et efficace, la médication doit remonter jusqu'à la source de la sécrétion gazeuze. Broussais rattachait la tympanite à une irritation des tissus pneumatisés. De nos jours, on fait jouer un grand rôle aux actions chimiques ; mais telle n'est pas l'opinion de M. Rayer. L'École italienne place dans les vaisseaux des parois tympaniques la source de la sécrétion gazeuse, et sous ce rapport sa doctrine offre de la ressemblance avec celle de l'Ecole du Val-de-Grâce. La condition pathologique est d'ailleurs hypersthénique dans l'une et l'autre manière de voir. C'est toujours une conséquence de sub-artérite capillaire, lente, car il y a là chlorose ; et l'hystérisme lui-même, ainsi que l'hypochondrie, ne sont constitués, d'après l'école dynamique moderne, que par la chlorose elle-même ou l'artérite lente, propagées dans certains organes. N'importe, au reste, la doctrine qu'on adopte, toujours est-il que la tympanite, soit intestinale, soit péritonéale, empire manifestement par les remèdes stimulants. L'on prévoit déjà que telle n'est pas à nos yeux l'action dynamique de l'ammoniaque. Nous nous sommes, au contraire, efforcé d'établir dans l'avant-dernier numéro, à l'occasion de l'asthme, que l'action de l'ammoniaque était hyposthénisante vasculaire. C'est aussi à ce titre que ce médicament a été, selon nous, utile chez cette malade. Qu'on adopte ou qu'on adopte pas, au reste, cette manière de voir, cela est indifférent ; mais ce qui importe, c'est de ne pas s'imaginer qu'on combinera utilement le remède en question avec de véritables stimulants, tels que l'opium, la canelle, le vin, etc. On sait que la décoction d'anis, donnée par bouche ou en lavement, les sels neutres, la magnésie, les sels alcalins, en particulier le bi-carbonate de soude, etc., sont employés dans ces occurrences avec avantage à titre de carminatifs. Toutes ces substances, cependant, sont incontestablement hyposthénisantes, ainsi que nous croyons l'avoir prouvé dans plusieurs articles sur ces médicaments. L'anis, par exemple, est si bien hyposthénisant entérique qu'il purge à une certaine dose.

L'impuissance vésicale chez les hystériques n'est quelquefois que simulée par des malades qui se plaisent dans l'usage de la sonde. Lorsqu'il est réel, cependant, il mérite une grande surveillance, car il précède quelquefois la paraplégie hystérique. M. Rayer a eu l'occasion de traiter plusieurs paralysies de ce genre ; une, entre autres, qui s'accompagnait déjà d'atrophie des membres inférieurs. Ces malades ont guéri après un an ou quatorze mois de traitement, à l'aide de divers moyens, en particulier de la noix vomi-

que, administrée surtout en lavement. Ce cas se prêterait aisément à des considérations pratiques intéressantes. Nous craignons cependant franchir les limites de cet article. Disons seulement, au risque même de sembler paradoxal ou inintelligible, que la paraplégie dont il s'agit ne s'écarte guère de la source fondamentale de l'artérite lente, laquelle se propage par les gaînes des nerfs ou autrement jusqu'à la moelle épinière, et qu'elle réclame les mêmes remèdes que la chlorose, savoir, les hyposténisants vasculaires. M. Giacomini a rapporté des cas de ce genre guéris à l'aide du sulfate de quinine. On peut, si l'on veut, rester dans le cercle des faits sans adopter ces doctrines.

Hystérie. Ammoniaque. — Une autre malade couchée dans la même salle que la précédente, jeune femme de 24 ans environ, présentait des symptômes céphaliques et thoraciques assez anomaux d'étouffement, d'assoupissement, d'insomnie, d'agitation. M. Rayer les a caractérisés d'hystériques, et il a prescrit l'ammoniaque comme chez l'autre. L'amélioration a été des plus remarquables, du jour au lendemain. On continue ce remède à la dose de six gouttes. Il importe de noter que les opiacés avaient complètement échoué chez cette femme. Il y a là, dans les deux cas, des effets identiques, le mal étant le même au fond, bien que sa forme ou plutôt sa manifestation symptômatique fut différente. Il est donc évident que l'ammoniaque ne s'adresse dans ces occurrences qu'à la condition pathologique, et c'est toujours à ce point de vue que les remèdes doivent être administrés si l'on ne veut pas agir aveuglément. Malheureusement la thérapeutique du jour est si dénouée de principes rationnels que peu de médecins en France s'élèvent au delà des limites de la routine.

Hôtel-Dieu. (M. Chomel.)

Huile de ricin. Fer. Iodure de potassium.—Ces trois médicaments sont prescrits à chaque pas, pour ainsi dire, avec une sorte de prédilection par M. Chomel. Le mode d'application qu'il a adopté nous a paru se prêter à quelques remarques utiles à connaître.—L'*huile de ricin* n'est ordonnée par ce clinicien qu'à des doses extrêmement faibles, 5 grammes (un gros environ) le plus souvent ; 10 gm. dans quelques cas ; 15 gm. (demi-once), c'est le maximum, auquel il a rarement recours, et il obtient constamment des évacuations assez abondantes. Les malades qui n'en prennent que 5 grammes ont trois garde-robes, plus ou moins. Ceux qui en prennent 10 grammes ont cinq ou six selles. Une femme qui en avait pris 15 gm. a eu une vingtaine de garde-robes. Ce médicament est administré, à l'Hôtel-Dieu, dans une grande tasse de bouillon bien chaud, dans lequel on a fait cuire des légumes aigrelets, tels que des feuilles d'oseille; l'huile y est mêlée et le tout bu par gorgées en une seule fois. M. Chomel a observé que des doses beaucoup plus élevées ne purgeaient pas davantage, et quelquefois même moins; il pense que, dans les fortes doses, une grande quantité du médicament glisse dans l'intestin sans produire d'effet, et qu'elle se trouve ainsi perdue. Quand on le donne dans un cas d'érysipèle à la tête, il faut avoir soin que le remède ne soit pas vomi, car le vomissement est nuisible. Or, l'huile de ricin est quelquefois émétique. Cela tient à ce qu'elle a été préparée à chaud au lieu de l'être à froid, ou bien à ce qu'elle est vieille, rance. Quand l'huile de ricin est fraîche, préparée à froid et prise dans un bouillon aux herbes chaud, elle est parfaitement tolérée, surtout à petite dose, comme l'ordonne M. Chomel. Ces effets des doses faibles, comparés à ceux des doses élevées, soulèvent une question de l'ordre dynamique et que nous ne voulons traiter dans ce compte-rendu. Faisons seulement nos réserves sur l'explication donnée par M. Chomel, car nous ne la croyons pas la véritable. Le même phénomène a lieu, au reste, pour l'huile de croton et pour tous les remèdes hyposthénisants gastro-entériques.—*Le fer pur, précipité par l'hydrogène*, qu'on a proposé dans ces derniers temps contre la tuberculisation pulmonaire, contre la chlorose et d'autres maladies, a trouvé honneur et protection à la clinique de M. Chomel. Ce praticien l'ordonne à des doses assez fortes. Il s'agit, comme on le voit, du fer pur, du fer réduit à l'état de métal, qu'on administre comme médicament. Est-il utile ? Produit-il même quelque effet? C'est là une question. Notre devoir de critique nous oblige à rappeler que, à l'état métallique pur, les corps n'ont pas d'action médicamenteuse, à moins que leur état ne change dans l'organisme, ce qui est fort douteux. On en a des exemples multiples à l'égard du cuivre, du plomb, de l'or, de l'argent, etc. qui, à l'état nummulaire, peuvent rester longtemps dans les intestins sans produire d'autre effet que celui qui résulte de leur action mécanique. On peut en dire autant du mercure métallique et de plusieurs autres substances qui, pourtant, à l'état d'oxyde ou de sels, déterminent des effets héroïques. Le fer ferait-il donc exception à cette loi? Pour que cela fût, il faudrait des faits plus concluants que ceux qu'on a invoqués jusqu'ici. Il est probable que la seule observation clinique conduira, nous l'espérons, l'habile observateur de l'Hôtel-Dieu à quitter tout à fait une forme inerte d'un médicament, qui est d'ailleurs si précieux à l'état de combinaison saline. — L'*iodure de potassium* est administré avec un avantage réel par M. Chomel, sous forme de pommade appliquée abondamment aux aisselles, dans tous les cas où l'iode peut paraître indiqué, surtout à des phthisiques, à des scrofuleux, et en général, dans les phlegmasies chroniques du poumon. Le médicament est absorbé facilement par cette voie, et ses effets paraissent assez remarquables. Cette manière d'administrer certains médicaments sous forme de pommade par l'aisselle, avait été oubliée de nos jours, lorsque Scattigna, chirurgien de l'hôpital des Incurable, à Naples, l'a fait revivre pour le mercure. Il peut être utile d'employer ainsi, non seulement l'iode, mais encore le sulfate de fer, le sulfate de quinine, la noix vomique et d'autres remèdes énergiques à des sujets délicats et très jeunes, chez lesquels l'administration par bouche ou même par la surface d'un vésicatoire aurait de l'inconvénient. On ne peut douter de la pénétration du remède par cette voie, puisqu'il est des expériences qui rendent le fait tout à fait incontestable.

Variole confluente. Escarrhes gangréneuses critiques.—Un homme, âgé d'une trentaine d'années, couché au n° 3 de la salle St-Jean, venait d'essuyer une variole excessivement confluente ; sa figure, ses membres, son tronc, n'étaient couverts que d'une seule croûte, pour ainsi dire. Cet homme avait une bonne constitution, était robuste, n'avait pas d'autre maladie ; il a bien passé les deux premières périodes d'éruption et de formation des croûtes. Une ou deux petites saignées ont dû lui être pratiquées, plutôt par mesure préventive d'affections viscérales dont il semblait menacé, que pour combattre des lésions manifestes. L'état pléthorique général et l'intensité de la

fièvre indiquaient d'ailleurs une pareille mesure. Les choses ont parfaitement marché jusqu'à la période de desquammation. Cette période déjà très longue touchait à sa fin, et le malade allait toujours en s'affaiblissant, en maigrissant, ayant le derme toujours chaud et sec, lorsque trois escarrhes gangréneuses se sont manifestées à la fesse gauche, dans la fosse rétro-trochantérienne. M. Chomel a fait remarquer avec raison que ces escarrhes ne sont pas de celles qu'on appelle de décubitus, puisqu'elles ne sont pas arrivées sur les points saillants de la région où porte la pression, mais bien dans un creux entouré par le trochanter et par la partie bombée de la fesse. Il a porté nécessairement un pronostic fâcheux. Quand dans la période de desquammation d'une maladie éruptive aiguë, des escarrhes gangréneuses se montrent quelque part, a dit M. Chomel, il faut s'attendre à des conséquences fâcheuses. Il a prescrit de l'extrait sec de quinquina, deux grammes (demi-gros), à prendre dans un pot de limonade. — Ce fait pourrait être rapproché de celui de M. Rayer, dont nous venons de parler, de ce cas de fièvre continue, suivie de charbon à la fesse. Nous devons faire remarquer que le malade de M. Chomel présente en même temps des abcès multiples, peu volumineux dans diverses parties du corps, ce qui semble venir à l'appui de la doctrine que nous avons émise, concernant le principe formateur de ces escarrhes critiques, c'est-à-dire qu'elles se rattachent à un travail d'artérite capillaire périphérique, laquelle donne lieu à de la gangrène dans un certain degré d'intensité, à des abcès dans un degré moindre. Cela conduirait à considérer les abcès et les escarrhes en question comme dépendants de la même condition morbide, et ils réclament, par conséquent, les hyposthénisants vasculaires dont nous avons parlé. Qui pourrait nier raisonnablement l'artérite capillaire dans une dermite suppurante comme la variole ?

Fièvre typhoïde fort grave. Médication énergique.—Un jeune homme était arrivé à la fin de la seconde période d'une fièvre continue fort grave, il présentait le cortége ordinaire des symptômes propres à cette maladie, savoir : maigreur extrême, visage décomposé, délire incessant, coma, absence de réponses, lèvres et dents fuligineuses, pouls petit à 130-140, excrétions pelviennes involontaires, disposition à des escarrhes de décubitus. Cet état semblait marcher vers une terminaison fatale, lorsque toute la surface du corps s'est refroidie. Pour ramener une réaction salutaire, M. Chomel a prescrit huit grammes (deux gros) d'extrait sec de quinquina et 60 gm. (deux onces) de vin de Bagnols. Une amélioration remarquable s'est opérée du jour au lendemain; le délire a cessé, le coma a diminué, le patient ne laisse plus échapper les excréments involontairement, il répond aux questions, se sent mieux; le pouls marque 125, la peau est très chaude. M. Chomel a judicieusement supprimé le vin, insisté sur l'extrait sec de quinquina à la dose de 4 gm. (un gros), prescrit de la limonade citrique, des fomentations de vinaigre trois fois dans les 24 heures sur toute la surface du corps, à l'aide d'une éponge promenée sur tous les points du derme, sans essuyer après, dans le but d'apaiser la chaleur dermique excessive; des fomentations incessantes sur le ventre à l'aide de serviettes trempées dans du vinaigre; lavements vinaigrés. Ce malade va de mieux en mieux et l'on espère triompher de sa maladie.

— La médication mise en usage dans ce cas nous a paru digne d'être relevée dans une époque où la thérapeutique est réduite à peu de chose, en dehors des saignées, de la diète et de l'eau de gomme. La réaction heureuse qui s'est opérée chez ce malade est incontestablement due à la médication employée ; seulement il reste douteux si c'est par le vin ou par le quinquina. Une malheureuse erreur routinière veut que les alcooliques et le quinquina agissent comme des analogues, des toniques ; tandis qu'il est parfaitement prouvé, par les nombreux faits de l'Ecole italienne, que ces deux remèdes se neutralisent réciproquement, l'action du quinquina étant hyposthénisante. Il résulte de ce mélange une collision d'actions dynamiques opposées, et l'organisme ne profite que de l'excès des deux actions, si excès il y a. N'est-il pas malheureux qu'un grand nombre de médecins se tiennent en dehors du mouvement progressif des idées. Comment peut-on, encore de nos jours, suivre la vieille routine de ces mélanges de quinquina et de vin, après tant de travaux d'une valeur incontestable que nous avons importés en France sur ces questions fondamentales de thérapeutique ? Heureusement qu'une quantité de deux onces de vin des hôpitaux est peu de chose, ce vin étant éventé, peu alcoolisé, par conséquent peu nuisible dans une maladie fébrile, surtout lorsqu'il est mêlé à du quinquina, qui en neutralise l'action. Il est incontestable pour nous que c'est au quinquina et non au vin qu'on doit, chez ce malade, l'amélioration subite qu'il a éprouvée. On s'irrite, on se révolte à ce raisonnement ; on ne veut pas qu'on raisonne en thérapeutique ; on ne veut que de l'empirisme aveugle ! Cependant, pour combiner ainsi ces deux remèdes, on fait usage d'un raisonnement ; on suppose que les deux médicaments sont d'une action analogue. Or, c'est ce raisonnement, cette hypothèse que nous attaquons comme erronée. Pourquoi renoncerions-nous donc à nous prévaloir de notre raison, alors que nous avons l'expérience pour nous ? Nous nous permettrons une autre observation, dans l'intérêt de la science, au risque même de désobliger M. Chomel ; c'est que l'extrait sec de quinquina est une préparation des plus mauvaises, par la raison que le principe actif du médicament est plus ou moins perdu et que son absorption dans l'estomac n'est pas facile. Si l'on pouvait, dans l'état actuel de la thérapeutique, avoir des raisons pour ne pas préférer le quinine ou les sels quiniques (produits si précieux et si énergiques), on doit s'en tenir à la décoction plus ou moins concentrée de l'écorce péruvienne. L'extrait sec et le vin de quinquina sont des préparations à abandonner tout à fait de nos jours. Quoi qu'il en soit, et à part ces considérations générales, nous trouvons dans le fait précédent un résultat précieux pour la pratique, surtout si on veut le rapprocher des cas que M. Rayer vient de traiter avec le sulfate de quinine, et dans lesquels nous ne rapportons les bienfaits qu'à l'action hypos-

thénisante cardiaco-vasculaire du médicament. Cette médication est applicable à la généralité des cas de fièvre typhoïde, ainsi qu'on le fait avec succès en Italie où l'on combine le tartre stibié chaque jour avec le quinine et des limonades minérales diverses. Ajoujons, enfin, que les fomentations vinaigrées dont fait usage M. Chomel sont d'un admirable secours, comme antiphlogistiques, et l'on ne saurait trop insister sur leur emploi.

Hôpital de la Charité. (M. Andral.)

Phlébite externe spontanée. — Un homme, âgé d'une cinquantaine d'années, de bonne constitution, a été admis à l'hôpital pour une douleur sourde dans le pied et dans la jambe du côté gauche, avec gonflement dans ces parties. Ces souffrances se sont déclarées tout à coup depuis plusieurs jours, à la suite d'une marche forcée qu'il venait de faire avec une charge sur le dos; il portait une botine de ce côté qui était un peu serrée. A l'examen, on trouve la veine saphène douloureuse depuis la malléole interne jusqu'au côté interne du genou; elle est dure en même temps, ce qui indique que le sang s'est coagulé dans tout son trajet. M. Andral a prescrit une application de sangsues sur les points douloureux et le repos au lit. Le repos a fait dissiper l'œdème, mais tout le pied est douloureux et se gonfle de nouveau pour peu que le malade sorte de son lit. La phlébite paraît s'être bornée au jarret, et il est probable que ce malade guérira sans accidents. Ce fait a paru remarquable à cause de la rareté de la maladie et du mode singulier de son développement. Il y avait là une certaine difficulté dans le diagnostic, au milieu d'un fourmillement douloureux, vague, sans lésion traumatique apparente. Ce qui a orienté la caractérisation de la maladie, c'est la coagulation du sang dans la veine.

Le mot phlébite effraie de nos jours, les idées les plus graves étant attachées au transport de cette phlogose dans les gros ceps de l'arbre vasculaire, ou bien au passage du pus dans le torrent circulatoire, si la phlébite devient suppurante. Il est cependant des subphlébites chroniques générales ou des gros troncs, qui s'accompagnent de symptômes particuliers, et qu'on caractérise de maladies du sang. De ce nombre est le scorbut, par exemple. Cela étonne sans doute, puisqu'on s'est habitué à regarder le scorbut comme une maladie du sang, maladie de faiblesse, comme la chlorose, et qui pourtant expose les doctrines humoristiques du jour à de singuliers embarras; car pourrait-on dire, d'après ces doctrines, en quoi le scorbut diffère de la prétendue hydrémie et de la chlorose? Nous ne faisons que toucher en passant à ces questions des phlébites chroniques des gros ceps qui entraînent, ainsi que la sub-artérite, une altération du sang à la longue, comme phénomène secondaire, leur examen approfondi devant nous occuper dans un article spécial. Déjà nous avons étudié une forme de phlébite centrale à l'occasion des fièvres intermittentes. L'on ne doit pas s'étonner, par conséquent, si, à la suite des phlébites externes progressives, comme le cas précédent, on observe quelquefois des fièvres d'accès avec un caractère grave ou même pernicieux.

Emphysème pulmonaire aigu. — Un homme, âgé d'une cinquantaine d'années, a été reçu à la Charité pour une bronchite qui datait déjà de quelque temps et d'une dyspnée suffocante des plus intenses, survenue depuis peu de jours. L'examen a fait reconnaître une bronchite chronique compliquée d'emphysème. Le malade étouffait, était orthopnique et éprouvait déjà des accès asthmatiques intermittents. Le pouls n'était point fébrile. M. Andral a prescrit tout simplement des remèdes antiphlogistiques (une saignée, des vésicatoires volants et des boissons rafraîchissantes). En deux jours de ce traitement, les symptômes asthmatiques ont été dissipés, la respiration est devenue calme et libre, et le malade s'est trouvé grandement soulagé. Ce résultat ne veut pas dire que la maladie soit radicalement guérie, car les accès d'asthme peuvent reparaître d'un moment à l'autre; mais il conduit à cette conséquence, que l'ammoniaque qu'on préconise tant de nos jours contre cette affection n'agit pas autrement que les remèdes précédents, ainsi que nous avons essayé de l'établir dans les numéros précédents; seulement son action est plus énergique et plus directe, puisqu'elle réussit même dans les cas chroniques où les remèdes antiphlogistiques ordinaires sont insuffisants, ou ne soulagent que temporairement. Disons enfin que, d'après les dernières observations de M. Rayer, et que nous avons suivies à la Charité, l'ammoniaque appliqué dans la gorge d'après le procédé que nous avons décrit, dissipe les symptômes d'asthme sans enlever tout à fait l'emphysème, ce qui conduit à penser que, comme maladie d'accès, l'asthme n'est pas constitué essentiellement par l'emphysème lui seul. Il y a là une autre condition dont la nature n'est pas bien connue. Quoi qu'il en soit, le cas de M. Andral, dont on vient de lire les détails, n'offre pas moins une valeur thérapeutique réelle.

Diabète sucré — Nous avons parlé dans le dernier numéro d'une malade couchée dans le service de M. Andral pour un diabète sucré, et que ce praticien traitait depuis quelque temps à l'aide du régime animal et par l'abstinence absolue de pain ou de toute autre matière féculente capable de se convertir en glucose ou sucre de raisin. La quantité des urines a diminué, mais la proportion relative du sucre est à peu près restée la même dans ce liquide; seulement elle a varié en plus ou en moins en diverses époques, comme quand la malade se nourrissait des aliments communs, et sans qu'on puisse dire pourquoi. Nous devons maintenant faire remarquer que cette malade a étonnamment maigri depuis qu'elle est soumise au régime exclusivement animal; elle offre un teint maladif plus prononcé qu'auparavant. De temps en temps elle a de la diarrhée lorsqu'on augmente la quantité des aliments, et l'on est obligé d'en diminuer la proportion tout en restant dans les mêmes qualités. Jusqu'ici le régime prétendu curatif du diabète sucré n'a produit absolument aucun bien, et l'on peut constater, d'autre part, le mal réel qui résulte de la privation de l'usage du pain et des autres aliments féculents auxquels l'organisme était habitué. Ce traitement est suivi depuis plus d'un mois. — Dans le cas de M. Rayer, dont nous avons également parlé, le même régime prescrit depuis plusieurs semaines, avec addition de pain de gluten, a été suivi d'une diminution notable de la proportion du sucre, et de la gravité spécifique du liquide qui est passée de 5° à 2° 1/2; mais il faut noter que ce patient absorbe en même temps une bouteille de vin par jour; de sorte qu'on reste dans le doute de savoir si c'est au régime non féculent ou à l'action stimulante du vin qu'on doit attribuer l'amendement de ce symptôme. M. Rayer se

propose de ramener bientôt ce patient au régime alimentaire commun, tout en lui conservant l'usage du vin, et de s'assurer ensuite si la proportion du sucre revient au point primitif. Faisons, en attendant, remarquer que, malgré la quantité considérable d'aliments substantiels, de viande, de poisson, d'œufs et d'une bouteille de vin que ce malade prend chaque jour, il maigrit sans cesse, s'étiole et jaunit comme s'il était atteint de cachexie cancéreuse, ce qui prouve bien que la condition du sucre dans les urines n'est qu'un symptôme secondaire qui ne mérite pas un traitement direct. Au reste, si l'on compare le résultat du régime non féculant chez ces deux sujets, on n'est autorisé à tirer aucune conséquence favorable à ce traitement. — Un troisième cas pareil se voit en ce moment chez un jeune homme, à la clinique de M. Chomel; ce praticien l'a mis également au régime exclusivement animal et à l'usage des alcalis (six grammes de carbonate de soude par jour), mais sans la moindre amélioration. M. Rayer analyse chaque jour lui-même l'urine de son malade pendant la visite; il en verse un peu dans un tube de verre, ajoute de la potasse liquide, et il fait bouillir le tout à une lampe à l'alcool; le mélange se colore d'autant plus qu'il contient de sucre, depuis le jaune jusqu'au brun plus ou moins foncé. C'est par le degré de coloration qu'il juge approximativement la proportion de sucre. M. Andral en fait autant de son côté. On se sert aussi quelquefois d'une solution de sulfate de cuivre au lieu de potasse. Le sel de cuivre est, comme on sait, décomposé par le sucre, et il se précipite d'autant plus d'oxyde que l'urine est plus chargée de sucre. La gravité spécifique est appréciée à l'aide de l'aéromètre de Baumès. Nous reviendrons sur ces faits.

L'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain n° la suite de nos études sur la chlorose.

CLINIQUES CHIRURGICALES.

QUESTIONS GÉNÉRALES.

L'amputation du col utérin, opération anciennement proposée, exécutée pour la première fois, en 1801, par M. Osiander, avait été mise en honneur de nos jours, par Dupuytren d'abord, puis par M. Lisfranc qui, en 1834, a lu à l'Académie des sciences un mémoire plein de faits sur cet important sujet. Nos grands opérateurs se sont bientôt empressés de s'inscrire en faveur de l'amputation du col utérin, et l'on a vu de toute part, en France comme à l'étranger, paraître des mémoires, des observations, des articles à l'appui de cette opération. Cette période de faveur cependant, n'a pas été d'une bien longue durée, car depuis plusieurs années déjà, l'ablation du col utérin n'est presque plus pratiquée à Paris. M. Lisfranc lui-même, qui en avait été le principal promoteur, a fini par y renoncer, sinon tout à fait, du moins dans la majorité des cas où il pratiquait autrefois cette opération. A quoi tient cette espèce de revirement? C'est que, d'une part, les suites de la résection du col n'ont pas été aussi heureuses qu'on l'avait espéré; de l'autre, l'affection pour laquelle on la pratiquait à rencontré, dans ces dernières années, des moyens de destruction plus sûrs dont nous devons parler. Les opérées par le bistouri, en effet, qu'on croyait guéries, ont bientôt éprouvé des récidives irrémédiables auxquelles elles ont succombé; d'autres ont péri des suites immédiates de l'opération, par hémorrhagie, par des métro-péritonites, par des abcès pelviens, etc. On sait, d'ailleurs, que les quelques guérisons durables qu'on pouvait invoquer n'avaient pour sujets que des lésions peu graves du col. Pour notre compte, nous avons été témoins d'une opération de ce genre, sur une jeune femme qui n'avait en réalité qu'un engorgement simple du col. Nous avons eu en main la pièce excisée et nous sommes certains de ce que nous avançons en ce moment. Cette malade aurait, sans aucun doute, pu guérir à l'aide de simples remèdes dynamiques.

Dans l'état actuel des connaissances, l'amputation du col utérin doit être proscrite comme insuffisante et dangereuse. Insuffisante, car le cancer, pour lequel on l'a inventée, n'est *jamais* une maladie tellement circonscrite sur le museau de tanche qu'on puisse l'exciser complètement à l'aide de l'instrument tranchant. Nous disons *jamais*, et nous soutenons ce mot, quoique nous sachions que telle n'est pas la conviction de plusieurs chirurgiens considérables, par la raison que, en faisant même abstraction de l'état constitutionnel que nous ne voulons pas examiner pour le moment, la lésion locale s'étend constamment par les diverses voies vasculaires profondes du col au delà des limites morbides apparentes, Ces limites elles-mêmes, d'ailleurs, ne sont pas bien manifestes dans la généralité des cas avant l'opération, puisque le spéculum et le doigt ne peuvent explorer que dans un périmètre très restreint. Au col utérin, les choses ne peuvent se passer autrement que dans les autres régions où l'on rencontre le cancer, et où le mal coexiste sourdement dans les tissus profonds, où le toucher ni le bistouri ne peuvent le découvrir. Citons un seul exemple choisi à dessein dans un organe externe, à l'appui de ce qui précède. — Un homme est entré, il y a peu de jours à la Charité (clinique de M. Velpeau), pour un très petit cancer isolé sur le blanc de l'œil gauche, offrant le volume d'une demi-noisette; l'œil conservait encore sa faculté visuelle. Trois fois on l'avait extirpé, trois fois il s'était reproduit. M. Velpeau s'est assuré que les lymphatiques de l'antre-maxillaire correspondant et de la région parotidienne en étaient envahis. Il est évident qu'avant de se rendre patent, ce travail morbide existe à l'état occulte. La même condition a lieu partout sans exception et devient la source des récidives, quand on n'attaque le mal qu'à l'aide de l'instrument tranchant. Dans plusieurs articles que nous avons donnés sur le cancer, nous nous sommes atta-

ché à démontrer que ce travail profond, inaccessible au bistouri, peut, à une certaine période, être heureusement modifié à l'aide de remèdes dynamiques généraux et locaux. Par suite de ces considérations basées sur l'observation clinique, l'amputation du col utérin se présente donc aujourd'hui comme une opération insuffisante. L'on vient de voir, d'autre part, comment elle était en même temps dangereuse.

En attendant que l'expérience et le temps dévoilaient, d'un côté, le peu de fondement de cette opération, l'observation attentive conduisait, de l'autre, quelques praticiens dans une voie meilleure. L'usage du fer incandescent comme remède à la fois destructeur du cancer du col et modificateur de l'état maladif occulte, a donné des résultats assez satisfaisants pour se substituer avantageusement à l'opération sanglante. Les faits que nous avons vus à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Jobert) dans le traitement du cancer du col utérin à l'aide de ce moyen, nous ont impressionné si favorablement que nous ne craignons pas de dire que cette ressource est la seule acceptable dans l'état actuel de l'art. Aujourd'hui encore nous venons de revoir dans le service de M. Jobert, une dame âgée d'une quarantaine d'années, que nous avions déjà observée huit mois auparavant lors de son entrée; elle avait sur le col utérin un cancer encéphaloïde du volume d'un gros œuf de poule, avec ulcération sanguifère, infundibuliforme, d'un aspect horrible, s'accompagnant de douleurs intenses, d'hémorrhagies effrayantes, d'un écoulement ichoreux d'une fétidité repoussante, de maigreur générale, d'insomnie et de cette teinte cire-jaunâtre qui indique la présence d'une lésion organique profonde quelque part. Quatorze applications du fer incandescent ont été faites à l'aide d'un cautère dit biscaïen, à cause du volume et de la forme du bouton, assez analogues à ceux d'un biscaïen ordinaire. Une quantité considérable de calorique accumulé était, à chaque cautérisation, concentré sur le mal; une escarrhe profonde s'ensuivait qu'on renouvelait de dix jours en dix jours. La tumeur a fini par être complétement détruite, et avec elle aussi le col utérin en totalité, jusqu'au point d'insertion du vagin. De petits cautères ont été portés jusque dans l'intérieur de l'utérus lui-même. Il en est résulté une cicatrice périphérique blanche, de bonne nature, et une ouverture béante, du diamètre de plus d'un centimètre au milieu de ce tissu inodulaire. Aujourd'hui, M. Jobert nous a fait constater qu'un pinceau de charpie, du volume du pouce, entrait aisément, par cette ouverture, dans la cavité du corps utérin. Dès les premières cautérisations, les hémorrhagies ont été arrêtées, l'écoulement ichoreux a petit à petit changé de nature, est devenu franchement crémeux, purulent, puis il a fini par s'épuiser complétement. Les douleurs, l'insomnie ont disparu; l'appétit, les forces, l'embonpoint sont revenus, et la malade est tout à fait bien portante aujourd'hui. Sans doute que le mal peut reparaître, mais n'est-ce pas déjà précieux que de pouvoir reculer ainsi l'époque d'une terminaison fâcheuse?

En ce moment même nous avons sous les yeux une autre femme, âgée de 45 ans, grande, brune, forte, entrée depuis huit jours dans les salles de M. Jobert; elle offrait des hémorrhagies incessantes qui l'épuisaient, des douleurs dans le ventre et de l'insomnie par suite de ces douleurs. A l'examen au spéculum, le museau de tanche s'offre comme un gros groin sanglant, granuleux et dur, présentant assez exactement les apparences d'un quartier d'un fruit-grenade à gros grains. On ne pouvait distinguer le méat du col au milieu de cette masse. Deux cautères-biscaïens, chauffés à blanc, ont été éteints sur ces végétations à la première séance. La femme n'a pas donné le moindre signe de douleur par cette application. Les hémorrhagies ont complétement cessé dès ce moment, et la femme a pu dormir et prendre des forces. Aujourd'hui l'escarrhe est tombée, la masse cancéreuse est moins volumineuse, moins végétante; on peut distinguer l'ouverture du col qui laisse passer du pus crémeux de bonne nature, ce qui autorise à penser que l'intérieur du col est sain, et que le mal est borné sur le museau de tanche; circonstance heureuse, car on pourra viser à détruire le col comme chez la femme précédente, et espérer une guérison de quelque durée.

Comme moyen hémostatique, le remède dont il s'agit est déjà d'une grande importance, et l'on peut même dire qu'il est le seul efficace dans ces cas. Aussi aimons-nous à le rappeler souvent dans ces comptes-rendus; mais il offre en outre l'avantage de détruire petit à petit et sans le moindre danger le mal local. Que voulait-on obtenir de l'amputation du col? L'ablation du mal jusqu'à la partie saine. Or, cette indication est mieux remplie par le fer rouge, puisqu'on peut avec son aide porter la destruction sur tout le col, et cela petit à petit, sans hémorrhagie, sans tiraillements, sans dangers réactionnels. Ce moyen peut être continué jusqu'à ce que le but soit atteint; tandis que le bistouri ne vous offre pas un pareil avantage. La méthode cautérisante, par cela même qu'elle est lente, temporisante, prolongée, permet d'employer en même temps des remèdes internes propres à fortifier l'organisme. Une circonstance importante, pour que le fer incandescent soit efficace en cas de cancer du col, c'est que le bouton du cautère soit sphérique, plein, volumineux comme une balle de fusil ou un petit biscaïen, et chauffé à blanc. Il serait peut-être même avantageux de faire faire ce bouton en platine qui, comme on sait, se charge plus que le fer de calorique. Il est toujours de rigueur, dans ces cas, de se servir du spéculum en ivoire, tubulaire, pour garantir la muqueuse vaginale pendant l'application du feu.

Les luxations anciennes du coude ont fourni dernièrement à M. Velpeau matière à quelques considérations pratiques importantes que nous allons reproduire. C'était à l'occasion d'une femme âgée d'une quarantaine d'années, atteinte depuis trois semaines de luxation du coude en arrière (côté droit) et qu'il a réduite à sa clinique de la manière suivante.

La malade assise sur une chaise, l'extension appliquée sur le poignet à l'aide d'une alèze fixée par une bande, la contre-extension exercée, d'une part, sur le tronc, au moyen d'une alèze pliée en cravate et dont le milieu appliqué dans l'aisselle du côté malade, les deux chefs croisés sur l'épaule du côté sain; d'autre part, par les mains des deux aides portées à nu sur l'extrémité inférieure du bras, précisément à l'endroit de la saignée, et tirant la poulie humérale en arrière et en haut; — le chirurgien placé sur le côté luxé a posé son pied sur une chaise et couché sur son genou l'avant-bras blessé; il l'a empoigné avec ses deux mains, de manière à pousser avec le plein de ses mains l'olécrâne en bas, tandis que les aides exerçaient lentement les tractions. Deux aides extenseurs seulement agissaient sur le lacq du

poignet, les deux autres tiraient la poulie de l'humérus en arrière, un cinquième fixait l'alèze du tronc. La réduction a été accomplie promptement et d'un seul trait, sans violence ni beaucoup de douleur. L'avant-bras a pu aussitôt être fléchi à angle très aigu; l'ostéocèle rétro-cubital que formait l'olécrâne a de suite disparu. Le membre a été fixé dans cette position.

La question que M. Velpeau a soulevée à propos de cette malade, a été de savoir jusqu'à quelle époque la luxation ancienne du coude peut être considérée comme réductible sans dangers. Des solutions très diverses ont été données. La plupart des auteurs modernes pensent cependant que des tentatives de réduction peuvent être faites sans danger, sinon avec succès, jusqu'à l'époque de six mois, et l'on cite même des exemples de réussite dans cette limite extrême. Ces cas néanmoins sont exceptionnels, et ils n'ont pas, aux yeux de M. Velpeau, la valeur qu'on voudrait leur accorder, si on les rapproche de ceux dans lesquels de pareilles tentatives ont été suivies d'inflammations graves et même mortelles. Un monsieur, de haute condition, de province, âgé d'une quarantaine d'années, robuste, très musclé, de petite taille et d'une santé parfaite, avait depuis plusieurs mois (4 ou 5 mois à ce que nous croyons) le coude du côté droit luxé en arrière. Il a été adressé directement à M. Velpeau, à Paris, par le médecin qui l'avait soigné en province. Le malade désirait ardemment être débarrassé de l'infirmité, et il était décidé à se soumettre aux tentatives les plus énergiques. M. Velpeau l'engageait au contraire à laisser les choses à la nature, attendu qu'à la longue, le membre reprend assez bien ses usages (ainsi que nous l'avons observé nous-même dernièrement à la Charité sur une femme qui portait une pareille luxation depuis vingt ans), et que d'ailleurs les extensions forcées peuvent dans cette région occasionner des inflammations sérieuses. L'insistance du patient a été si absolue que M. Velpeau a dû essayer quelques tractions. Pour être plus sûr de la précision de la manœuvre, on a fait venir le patient à l'amphithéâtre de la Charité. Des extensions assez fortes ont été exercées à l'aide de lacqs, comme chez la malade ci-dessus; mais la luxation est restée inébranlable. Le patient ne s'en est pas plaint, et il a doublé l'énergie de sa résolution agissante. On a donc songé à l'application du moufle. M. Sédillot, qui était alors à Paris, et qui s'était occupé de l'usage de cet appareil, a été prié de l'appliquer lui-même, ce qui a été fait à la Charité, un dimanche. On s'est laissé guider par le dynamomètre, et l'on a porté la force extensive à 100 kilog. ou un peu plus, mais on n'a rien obtenu; le patient n'a pas paru beaucoup souffrir ni pendant l'opération, ni les deux jours suivants. Le mardi soir cependant, c'est-à-dire 48 heures après, au sortir d'un dîner en ville, il s'est plaint de douleur intense sur la paroi thoracique, près de l'aisselle, endroit où avait été appliqué le coussinet du lacq contre-extenseur. Une tumeur phlegmoneuse s'y est déclarée. On a pratiqué une forte saignée du bras, appliqué 40 sangsues et des cataplasmes émollients, ce qui n'a pas empêché un large abcès de se former, puis des fusées purulentes profondes en bas, jusqu'à l'aîne et aux pubis, et latéralement en avant et en arrière, ce qui a nécessité de grandes incisions répétées sur plusieurs points. On croyait déjà le malade en voie d'amélioration, lorsqu'un érysipèle s'est déclaré sur le tronc, a fait le tour du corps, envahi la tête et les méninges, et fini par emporter le patient. A l'autopsie, on a trouvé au coude une double fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus et de la tête du radius, ce qui rendait la réduction impossible.

Dernièrement encore un jeune homme s'est présenté à la consultation de la Charité pour une luxation du coude, datant de deux mois et demi; l'articulation était un peu douloureuse et gonflée; M. Velpeau n'a voulu y rien faire. Un jeune chirurgien cependant a pensé qu'on pouvait tenter sans inconvénient des tractions, et il l'a fait, mais sans succès. Il est survenu des abcès dans l'articulation du coude, qu'il a fallu ouvrir; et le malade, après avoir beaucoup souffert, a fini par avoir une fausse articulation plus raide que si ces tentatives imprudentes n'eussent pas été faites. Chez la femme que nous avons vue à la Charité, la luxation de l'avant-bras qui, ainsi que nous l'avons dit, datait de 20 ans, ne constituait en vérité qu'une difformité peu importante; l'avant-bras était un peu plus court que l'autre, une ostéocèle existait au coude; mais la patiente travaillait et exerçait avec ce membre presque tous les mouvements qu'avec l'autre; et l'on prévoit que ce n'était nullement cette infirmité qui la faisait entrer à l'hôpital. M. Velpeau a vu plusieurs autres cas pareils.

La conclusion de ce praticien est que les luxations de l'avant-bras au coude veulent être traitées avec une extrême circonspection lorsque leur existence date de plus de six semaines ou deux mois, les manœuvres réductives au delà de ce terme pouvant entraîner des accidents inflammatoires graves, surtout lorsque des fractures méconnues coexistent dans l'articulation, comme dans le cas ci-dessus. Aussi préfère-t-il, après cette époque, les abandonner à la nature, vu que d'ailleurs le membre reprend assez bien ses fonctions à la longue. Telle était aussi l'opinion de Boyer. Cette manière de voir n'est pas partagée, nous le savons bien, par quelques jeunes chirurgiens; mais le temps et l'expérience finissent presque toujours par amender l'ardeur agissante des premières années de la pratique.

L'hydrarthrose et les injections iodées ont été mises en cause dernièrement à l'Académie royale de médecine, à l'occasion d'un rapport de M. Velpeau sur un travail de M. Jules Roux, chirurgien de la marine, dont nous avions, il y a quelques mois, donné un extrait (nov. p. 319). Il s'agissait d'un cas d'hdrarthrose de l'épaule que M. Jules Roux avait traité et guéri à l'aide de la ponction et de l'injection de teinture d'iode. M. Velpeau a saisi cette occasion pour abor-

der dans son rapport la question générale relative aux effets des injections iodées dans les cavités closes, devenues hydropiques, en particulier dans l'hydrocèle testiculaire, dans les hydrarthroses, dans des kystes divers et aussi dans le péritoine. C'était déjà jeter le gant aux adversaires des injections iodées et les appeler sur l'arène de la discussion publique. L'effet n'a point manqué, et le débat a été sérieux, MM. Roux, Blandin, Rochoux, Gimelle et Gerdy étant tour à tour entrés en lice contre M. Velpeau. Ce dernier, fort de son expérience et de sa logique incisive, a soutenu le combat avec avantage, et l'on peut dire que l'injection iodée a, par cette discussion solennelle, pris domicile légal dans l'art et reçu ses lettres de grande naturalisation en chirurgie; sauf, bien entendu, à en régler, par l'expérience ultérieure, la valeur relative dans les différents cas d'application. Nous allons résumer dans cet article les faits culminants de cette discussion. Il va sans dire, au reste, que pour ce qui est du travail de M. Jules Roux, le rapport de M. Velpeau l'apprécie favorablement; cela devait être ainsi envers les observations d'un jeune savant distingué à tant d'égards.—La discussion comprend deux points : d'abord, l'hydrarthrose, ensuite, l'hydrocèle est les autres hydropisies.

La question de l'hydrarthrose n'a été traitée à fond que par M. Gimelle. Ce chirurgien avait eu, en effet, l'occasion de traiter depuis quelques années, soit dans les hôpitaux militaires du Gros-Caillou et des Invalides, soit dans sa pratique particulière, plus de cent cas d'hydropisie articulaire au genou, qu'il avait indistinctement guéris, sans récidive, à l'aide de la seule médication Rasorienne, savoir, du tartre stibié à haute dose. Quelques-uns de ces cas ont été observés par nous-mêmes dans le service de M. Gimelle, au Gros-Caillou, et nous avions été étonné de la promptitude de la guérison, en six, huit, dix jours, dans des cas où le mal datait déjà d'un à deux ans, et avait résisté aux topiques antiphlogistiques ordinaires. M. Gimelle a consigné dans une lettre insérée dans ce journal (t. 1. p. 190) le résultat de sa pratique à cet égard. Il est entré en matière à l'Académie, par l'exposé des motifs qui rendent souvent l'hydrarthrose chronique une affection sérieuse. L'articulation, en effet, reste faible alors même que la guérison est parfaite, n'importe la méthode employée. La synoviale s'altère à la longue, s'épaissit, se ramollit, devient pulpeuse, quelquefois même elle se couvre de granulations fongueuses. Dans ces occurrences, la guérison, si elle a lieu, n'est toujours qu'incomplète, le jeu de l'articulation restant plus ou moins altéré. On sait encore que, dans quelques cas, le mal dégénère en tumeur blanche, ce qui réclame l'amputation du membre. M. Gimelle a observé souvent l'atrophie de la jambe et de la cuisse à la suite de la longue persistance de l'hydrarthrose au genou. L'on comprend, par conséquent, combien il est urgent de guérir sans delai l'hydrarthrose, sous peine de voir l'appareil ligamenteux se ramollir, s'altérer fâcheusement.

Lorsque le mal est récent et simple, sa guérison s'obtient aisément à l'aide de sangsues, de vésicatoires à grandes dimensions, de pommades résolutives, de la compression et du repos. Quand il est ancien, ces mêmes moyens suffisent aussi dans quelques cas; dans d'autres, cependant, ces remèdes restent insuffisants, malgré leur emploi prolongé. En général, ces remèdes ne guérissent qu'après un long usage, et souvent la guérison qu'ils produisent n'est que temporaire. Or, la méthode Rasorienne m'a, dit M. Gimelle, donné des guérisons non seulement constantes et beaucoup plus promptes que les autres médications, mais encore toujours durables. Les malades ont toléré aisément la potion stibiée, ils ont vomi quelquefois aux premières prises ou ont eu le dévoiement, mais la continuation du remède a établi parfaitement la tolérance, et en peu de jours l'on voit l'hydrarthrose disparaître par le seul usage interne du tartrate antimonié de potasse. M. Gimelle commence par donner ce médicament à la dose de 20 centig. (4 grains) par jour dans 100 gm. (3 à 4 onces) d'eau de tilleul, avec addition d'un peu de sirop de diacode. Le malade en prend une cuillerée à chaque heure ou toutes les deux heures. Il en continue l'usage jusqu'à l'établissement de la tolérance; alors il en augmente la dose de 10 centigrammes (deux grains), et il continue ainsi en augmentant toujours de 10 centigrammes dès que la tolérance est bien assurée.

Le maximum de la dose auquel il est arrivé a été de 80 cent. par jour (14 grains); mais rarement on a besoin d'arriver jusque-là, car dès que l'organisme commence à être saturé du remède, l'absorption générale est tellement avivée que le liquide de l'articulation malade disparaît. On continue le médicament en en diminuant la dose après la guérison pour consolider la cure. Aucun topique n'est employé sur l'articulation malade. Il est probable que d'autres remèdes soit généraux, soit locaux, peuvent produire le même effet que la médication italienne, mais je cherche encore, dit M. Gimelle, un seul cas d'hydrarthrose qui ne cède pas à cette méthode. Le succès ayant été constant dans plus de cent cas qu'il a traités de la sorte, M. Gimelle ne voit pas la nécessité d'avoir recours à une autre méthode, encore moins à la ponction et à l'injection iodée, attendu qu'il ne croit pas cette dernière pratique tout à fait sans danger. En conséquence, M. Gimelle a déclaré qu'il ne pouvait donner son adhésion au rapport de M. Velpeau, la pratique approuvée dans ce rapport étant contraire à la manière de voir de M. Gimelle.

M. Roux et M. Gerdy désapprouvent l'injection iodée dans l'hydrarthrose comme inutile et comme dangereuse. Inutile, parce que l'hydrarthrose se guérit généralement à l'aide du repos et des topiques antiphlogistiques et résolutifs ci-dessus indiqués. Dangereuse, par la raison, d'abord, que la ponction d'une grande articulation peut entraîner des accidents graves; ensuite, parce que l'injection iodée enflamme l'articulation, détermine des adhérences et par suite une ankylose plus ou moins fâcheuse; et si la phlogose réactionnelle est intense, elle peut passer à sup-

puration, entraîner l'érosion des cartilages et d'autres désordres plus ou moins graves. M. Gerdy a appuyé ces reproches sur les détails du cas opéré récemment à la Charité, et dont nous donnons le complément dans le compte-rendu de la clinique de M. Velpeau dans ce numéro; M. Gerdy y voit même le danger d'intoxication par la résorption possible de la teinture iodée. Cette crainte cependant n'est pas fondée; d'abord parce que les tissus enflammés absorbent peu, ensuite et surtout, parce que, ainsi que nous l'avons fait remarquer dans notre numéro d'oct. dernier, p. 264, la teinture iodée préparée d'après le Codex pharmaceutique français, ne contient que très peu d'iode (2 grains 1[2 par once), et cette quantité d'iode est précipitée dans la proportion de 17[18e par le mélange qu'on fait avec une partie d'eau distillée au moment de l'injection. Ajoutons que la faible portion restante de l'iode se précipite dans la poche séreuse. Aussi ne trouve-t on dans les urines des opérés que des traces extrêment faibles d'iode. MM. Blandin et Gerdy ont invoqué en faveur de l'intoxication quelques expériences faites par un jeune médecin sur des chiens; mais évidemment ces expériences ne sont point concluantes dans l'espèce, attendu qu'il ne s'agit pas d'injections dans une cavité close et malade. Autre chose est injecter le liquide dans du tissu cellulaire sain, sur une grande surface, chez un petit animal; autre chose est agir dans des tissus chroniquement enflammés, dans un espace rétréci et d'une organisation moins favorable à l'effet en question.

Nous avons parlé dernièrement d'un abcès froid énorme à la cuisse, d'un autre à la nuque, et nous en avons vu un troisième considérable au flanc, traité comme les deux précédents par M Jobert, à Saint-Louis, à l'aide de l'injection iodée, sans le moindre accident et avec un résultat parfait. M. Velpeau a abandonné d'ailleurs l'injection iodée dans le genou chez le dernier opéré d'hydrarthrose, sans qu'il survînt le moindre symptôme toxique. Ainsi, sous ce rapport, les craintes déduites *à priori* ou des expériences sur quelques animaux sont tout à fait chimériques. M. Gerdy s'est appuyé également sur une ou deux observations relevées du service de M. Jobert pour prouver que l'injection iodée dans l'hydrocèle était quelquefois suivie de mortification des tissus et de suppuration. — Nous ne suivrons pas les orateurs sur la question de l'hydrocèle, attendu que cette question se trouve traitée dans plusieurs endroits de ce journal, d'après les faits et les objections de ces messieurs que nous avions puisés à leurs cliniques.

Trois malades sont en ce moment traités dans les salles de M. Blandin, pour une hydropisie au genou, deux femmes et un homme. Le mal était à l'état indolore chez les deux premières, il datait déjà de longtemps; chez le troisième, il s'offrait avec un certain degré d'acuite. M. Blandin a placé le membre dans un bandage dextriné chez les deux premières, comme moyen d'assurer le repos et comme remède compressif. Des compresses graduées ont été placées, dans ce but, autour de la rotule; la bande dextrinée a été passée par dessus ces compresses, depuis le milieu de la cuisse jusqu'au pied. L'une de ces malades cependant, n'a pu supporter le bandage, et l'on a dû l'enlever. Chez le troisième malade, la tumeur a été d'abord attaquée par des applications de sangsues, des cataplasmes émollients et des pommades résolutives; ensuite le membre a été fixé dans une gouttière en ferblanc et comprimé à l'aide de compresses graduées autour de la rotule et d'une bande sèche. Ainsi, l'immobilité et la compression, tels sont les moyens employés par M. Blandin, après les topiques antiphlogistiques ordinaires, pour guérir l'hydrarthrose chronique. M. Blandin affirme qu'il n'a pas encore rencontré un seul cas de ce genre qui ait résisté à cette méthode, et il ne voit pas la nécessité d'avoir recours à la méthode de M. Gimelle, encore moins à celle de M. Velpeau, qu'il croit dangereuse. Nous ne devons pas omettre de faire remarquer que la médication adoptée par M. Blandin, ne parvient à la guérison qu'après un temps assez long, de deux, trois ou plusieurs mois; tandis que le traitement de M. Gimelle guérit en 8, 12, 15, 22 jours. Rien n'empêche, au reste, de combiner si l'on veut ces deux méthodes dont l'efficacité a été sanctionnée par l'expérience. La méthode des injections iodées resterait, pour les cas exceptionnels, réfractaire à ces traitements. Il paraîtrait, au reste, que c'est ainsi que l'entend M. Velpeau lui-même, puisqu'il ne traite habituellement l'hydrarthrose à sa clinique, qu'à l'aide des vésicatoires volants à grandes dimensions, couvrant toute l'articulation malade et ses alentours, et de la compression graduée lorsque le mal est déjà passé à l'état indolore. — La discussion ayant dû être interrompue à l'Académie, à cause des élections annuelles de l'assemblée, nous ne pourront donner la réplique de M. Velpeau que dans le prochain numéro. La question des injections iodées étant très importante, nos lecteurs seront bien aise de la voir traiter aussi largement que le permet l'état actuel des connaissances.

Hôpital Saint-Louis (M. Jobert).

Fistule vésico-vaginale. *Nouvelle méthode opératoire.* — Une femme de la campagne, âgée de 24 ans, de bonne constitution, de petite taille, au teint brun, est accoucouchée à terme, pour la seconde fois, il y a un an. L'accouchement a été long et laborieux. Quelques temps après elle s'est aperçue qu'elle perdait involontairemen ses urines, soit qu'elle fût debout, soit qu'elle restât couchée. Le besoin de rendre ce liquide par les voies naturelles a cessé de se faire sentir. Dépuis lors, l'infirmité est restée invariable, les grandes lèvres et la commissure postérieure de la vulve se sont gonflées, enflammées, épaissies, excoriées par l'irritation qu'occasionnait le passage des urines. Tel est le commémoratif succint de la maladie. A l'examen, à l'hôpital, par le *toucher*, on ne peut sentir nulle part la présence d'une brêche, d'un pertui quelconque. Cependant, en examinant la malade couchée, on observe une nappe d'urine descendre sans cesse de l'intérieur du vagin. Un examen minutieux au spéculum n'a pas fait découvrir davantage l'ouverture de communication avec la vessie. Dès lors, le diagnostic précis de la maladie, et par conséquent les indications à remplir restaient dans l'obscurité, lorsque M. Jobert a eu l'heureuse idée d'attirer le col utérin à la vulve à l'aide des pinces de Museux, dans le but d'examiner au plein jour le fond de la paroi antérieure du vagin. Cela fait, on s'est mis à explorer attentivement toutes les parties attirées au dehors, en élargissant la vulve à l'aide de spatules et de doigts d'aides, et l'on a vu aussitôt un petit jet d'urine sauter au dehors avec force, comme quand on frotte la pointe de la langue sur le plancher buccal et qu'on fait jaillir un petit jet de salive. On a de suite dirigé par là une petite sonde cannelée, et l'on y a découvert un pertui de la largeur d'un grain de maïs ou d'un demi-centimètre, placé immédiatement au dessus du col utérin. La distance entre la paroi antérieure du col utérin et l'ouverture fistuleuse est de deux à trois centimètres. La sonde, glissée par l'ouverture est entrée dans la vessie. Il a donc été évident que la fistule répondait au bas fond de la vessie, très en arrière, vers le point où cette partie appuie au fond du vagin près du col. Les bords de la fistule sont assez épais, le vagin est en bon état. Par suite de cette disposition, la femme devait moins

retenir les urines lorsqu'elle était couchée qu'étant debout. M. Jobert l'a opérée aujourd'hui, 23 déc., de la manière suivante.

La femme placée à l'ordinaire, comme pour toutes les opérations qu'on pratique dans le vagin, l'opérateur a saisi, à l'aide d'un spéculum bivalve et de pinces de Museux, le museau de tanche, qu'il a entraîné au dehors et fixé ainsi par la main d'un aide. D'autres mains dilataient la vulve. L'ouverture fistuleuse a été mise en évidence à la vulve, comme précédemment. M. Jobert a saisi les bords de la fistule à l'aide de pinces à dissection, et il les a excisés circulairement et aussi profondément que possible, au moyen d'un petit bistouri d'abord, de manière à enlever tout le trajet; pour cela, le bistouri a été enfoncé perpendiculairement et promené ensuite autour du trajet lui-même, de manière à emporter un petit cône creux, contenant le trajet dans son milieu. Après cela, il a rafraîchi tout le bord extérieur et la périphérie de l'ouverture fistuleuse, en enlevant avec un grand soin une petite tranche fine de la muqueuse vaginale.—Ce premier temps de la manœuvre étant accompli, l'opérateur a détaché la paroi antérieure du vagin de son adhérence au col utérin; pour cela, il a pratiqué sur la limite de cette adhérence une incision transversale portant plutôt sur la substance du col lui-même. Cette incision offrait 5 à 6 centimètres de longueur transversale et un centimètre et demi de profondeur; il en est par là résulté un petit lambeau qui a relâché la paroi antérieure du vagin, et permis ainsi un rapprochement parfait et facile des bords de la fistule. Il ne s'est plus agi alors que de coudre les bords de la fistule qui se trouvaient déjà réunis d'eux-mêmes, sans tiraillement, par suite du détachement postérieur de la paroi vaginale et de son affaissement. Trois points de suture ont été faits d'arrière en avant à l'aide du porte aiguille à staphyloraphie; les fils de ces points ont été coupés près des nœuds, et l'ouverture fistuleuse s'est trouvée ainsi complètement bouchée comme s'il se fût agi d'un bec-de-lièvre ou d'une fistule salivaire à la joue, car l'opération a été, dans ce procédé, exécutée complètement en dehors de la vulve; par conséquent, commodément et très exactement. Il est impossible que la guérison ne soit pas obtenue. Aussi, ne craignons-nous pas de donner, dès à présent, les détails de ce fait, avant d'avoir son issue. Nous en ferons, au reste, connaître le résultat dans le prochain numéro. Le pansement a consisté dans un tampon d'amadou mis dans le vagin pour soutenir la paroi de ce canal et de la vessie, et une sonde en permanence dans l'urêtre. On a vu aussitôt les urines se diriger complètement par la sonde, et le vagin rester tout à fait sec, attendu le rapprochement parfait de la fistule.

— Trois points appelent sérieusement l'attention dans cette importante opération. D'abord, le diagnostic obscur de la fistule; l'ouverture fistuleuse se trouvait très en arrière, cachée sous un pli du vagin, et elle échappait aux recherches du doigt et de l'œil, malgré l'emploi du spéculum. L'attraction du col utérin, entraînant l'ouverture fistuleuse à la vulve, constitue donc désormais un point fondamental comme moyen de diagnostic précis, puisqu'on attire ainsi l'ouverture fistuleuse au dehors. Vient ensuite le mode opératoire, et en première ligne cette ressource nouvelle et précieuse d'attirer le pertuis au dehors avec le col utérin, de manière à retourner, pour ainsi dire, le vagin dedans-dehors comme une bourse, et rendre par là la fistule aussi facile à attaquer, à aviver, à coudre que si elle était externe. Toutes les difficultés dans cette opération, et devant lesquelles étaient venues se briser jusqu'ici une foule d'inventions plus ou moins ingénieuses, provenaient de ce qu'on opérait dans le fond d'un canal étroit, obscur, où les procédés les plus heureux *à priori*, restaient incomplets ou nuls dans l'application sur le vivant : aussi les succès étaient-ils excessivement rares. Toutes ces inventions, tous ces instruments, ces hérignes, ces pinces, ces crochets, ces gouttières, ces aiguilles mécaniques, ces ciseaux à becs d'oiseaux, dentés, courbes, droits, à angles divers, etc., etc., dont on voit briller les nombreux échantillons aux devantures des boutiques de nos fabricants, resteront donc désormais comme non avenus; une seule pince à dissection, des ciseaux à trousse et un bistouri à tranchant convexe suffiront pour cette opération dans tous les cas, à condition, nous le répétons, qu'on attire le col utérin au dehors, qu'on entraîne par là la fistule à la vulve, en la rendant par conséquent externe et superficielle, d'interne et profonde qu'elle était. C'est là, si nous ne nous trompons pas, plus qu'un procédé nouveau, c'est un principe opératoire fondamental nouveau applicable à tous les cas de fistule vésico-vaginale, et qui aplanit singulièrement la solution du problème de la guérison.

Un dernier point, et celui-ci n'est pas assurément le moins important, est relatif à l'idée si ingénieuse que M. Jobert a eue de détacher la paroi antérieure du vagin de son adhérence sur le col utérin, pour se créer ainsi de l'étoffe propre à combler l'ouverture fistuleuse sans tiraillement, sans déchirement. Il faut avoir vu exécuter comme nous ce temps de l'opération pour en saisir toute la valeur. A l'instant la paroi vaginale s'affaisse comme une tente dont on coupe les cordes de tension; et elle se laisse entraîner si bien que les parois de la fistule se trouvent immédiatement et d'elles-mêmes en contact dans une direction transversale ou autrement. Ce détachement du vagin n'offre pas le moindre danger, attendu qu'il ne s'agit pas de couper la muqueuse elle-même; l'incision porte bien sur la limite d'adhérence de celle-ci; mais c'est sur la substance du col que le bistouri est dirigé obliquement d'avant en arrière, de telle sorte que c'est véritablement une tranche du col utérin qui est séparée dans la profondeur d'un à deux centimètres, et qui, étant relevée, fait continuation avec la muqueuse vaginale qui conserve toujours son adhérence. Il s'agit, comme on le voit, d'une véritable autoplastie par glissement aux dépens du col utérin et au profit de la longueur de la paroi vaginale. Par suite de ces manœuvres dirigées, comme on le voit, par des principes tout à fait nouveaux, la suture qui est la dernière partie de l'opération, devient d'une exactitude parfaite, ainsi que l'avivement des bords qui jusqu'ici avait constitué une des principales difficultés. La méthode que nous venons de décrire avait déjà été appliquée avec succès, il y a quelques mois, dans un cas difficile que nous avons fait connaître (voy. le numéro d'août dernier, p. 182).

Luxation de l'humérus et fracture du col de cet os. —Un homme, âgé d'une quarantaine d'années, a été porté à l'hôpital par suite d'une chute qu'il venait de faire du haut d'une maison. La violence a porté entièrement sur le membre thoracique droit. A l'examen, M. Jobert a constaté dans ce membre les lésions suivantes. L'humérus était luxé dans l'aisselle; le col de cet os était en même temps fracturé près de sa tête; l'apophyse acromion était elle-même fracturée, et l'avant-bras offrait des fractures multiples dans son tiers supérieur. Le fragment inférieur du col chevauchait beaucoup sur le supérieur. Le membre était par conséquent dans l'impuissance absolue; le moignon de l'épaule était affaissé, et l'on pouvait sentir la cavité glénoïde vide en comprimant le deltoïde avec le bout des doigts. La fracture de l'acromion rendait l'aplatissement de l'épaule plus prononcé que dans la luxation simple de l'humérus. En présence de ces lésions multiples, M. Jobert à dû se contenter d'un simple appareil contentif et d'attendre quelque temps pour faire quelques tentatives de réduction de la luxation. Il est fort douteux, cependant, que cette réduction soit possible. L'appareil dont M. Jobert fait usage dans ce cas, est le même dont il se sert ordinairement pour toutes les fractures des membres, savoir, une simple courroie en peau, placée en étrier au dessus du poignet et dont les deux chefs viennent se fixer à la traverse en fer qui se trouve naturellement aux pieds du lit. Un lacq contre extensif est placé dans l'aisselle du côté malade, et ses chefs, croisés sur la poitrine, vont s'attacher au chevet. Tout le membre reste ainsi libre et sans compression aucune. Cette observation se trouve rangée au nombre des cas embarrassants dans la pratique, à cause de la coexistence de la fracture du col avec la luxation, et en même temps de la fracture de l'acromion. Cette dernière fracture n'est pas, comme on sait, susceptible de réunion osseuse. En conséquence, en supposant que la luxation fût réductible, elle ne pourrait être que difficilement contenue, la voûte acromion-choracoïdienne n'existant plus pour abriter la tête humérale et permettre ses mouvements.

— La question du traitement de la luxation de l'humérus, compliquée de fracture du col de cet os, est plus importante qu'on ne croit. Elle a fourni, à M. le professeur Riberi, de Turin, il y a deux ans, matière à un mémoire complet dont nous avons rendu compte (t. 1. p. 295). Passant en revue le plus grand nombre des faits de ce genre que la science possède, s'appuyant surtout sur ses propres observations et sur des pièces d'anatomie pathologique, M. Riberi est arrivé à cette conclusion : que la réduction de ces luxations est impossible avant la consolidation de la fracture ; impossible ou dangereuse pendant et après cette consolidation. Nous avons indiqué dans le compte-rendu que nous venons de rappeler, les raisons de cette conclusion de M. Riberi. En présence d'un pareil état de choses, le clinicien de Turin s'est demandé s'il n'y aurait pas moyen de rendre au membre non réduit plus de liberté de mouvement que la nature ne lui accorde à la suite d'une semblable consolidation. On sait, en effet, que les usages du membre deviennent très bornés dans ces cas, beaucoup plus que s'il s'agissait d'une simple luxation non réduite. M. Riberi a eu l'heureuse idée de convertir la fracture du col en pseudarthrose, à l'aide de légers mouvements progressifs qu'il imprime au bras, à partir de l'époque où la partie a cessé d'être douloureuse, c'est-à-dire du 15e au 30e jour après la fracture. Jusqu'à cette époque il se borne, bien entendu, à combattre les accidents réactionnels à l'ordinaire. La fausse articulation s'établit petit à petit ; les mouvements du membre deviennent de plus en plus étendus, libres et volontaires, et enfin le patient finit par se servir de ce membre presque tout aussi bien que s'il n'eût pas été luxé et fracturé. M. Riberi a rapporté des faits à l'appui de sa nouvelle pratique ; deux autres, non moins heureux, ont été publiés depuis par le docteur Peirani (nous en avons donné un extrait dans notre numéro de mai 1845, p. 75). Ces observations offrent un intérêt véritable, nous y appelons l'attention des praticiens à l'occasion du malade de l'hôpital Saint-Louis.

Hôpital de la Charité (M. Velpeau.)

Hydrarthrose au genou. Injection iodée. Autopsie. Le 17 sept. dernier, M. Velpeau a opéré à sa clinique, en présence de M. Rayer et des élèves, un jeune homme, d'une hydrarthrose au genou, à l'aide de la ponction et de l'injection iodée. Nous en avons rapporté les détails dans notre numéro d'octobre, p. 264, et puis dans les 2 numéros suivants, p. 311, 361, nous y sommes revenu et avons fait connaître la marche de la maladie. On se rappelle que ce jeune homme avait une constitution lymphatique et était en outre atteint d'une carie aux os du tarse. On se souvient que le liquide de l'injection avait été laissé dans la synoviale ; qu'une réaction inflammatoire assez vive s'était suivie dans l'articulation, avec gonflement, chaleur, douleur et insomnie ; que cette réaction a été facilement maîtrisée, et que depuis lors l'absorption du liquide s'était opérée heureusement, quoique lentement. Dans le commencement du mois de décembre le patient était tout à fait guéri de son hydrarthrose, si ce n'est que les parties molles de l'articulation étaient restées un peu épaissies, volumineuses ; les mouvements de l'articulation étaient libres et indolores, seulement on sentait dans la portion sus-rotulienne de l'articulation un glissement crépitant de petits corps, analogues à ceux qu'on rencontre dans certains kystes du poignet. Le patient était bien portant, au reste ; il était gai, se levait, marchait, faisait le service d'infirmier dans la salle, et il attendait d'être traité de sa carie pour prendre son exeat, lorsque dans les commencements de décembre il a été pris d'hémoptisie, puis de fièvre typhoïde grave. Il a été couché dans une salle de médecine (service de M. Cruveilhier) où il a succombé dans l'espace de quelques jours. Aujourd'hui, 11 déc., nous avons assisté à l'autopsie de son cadavre. Nous laissons de côté l'état des viscères qui est conforme à ce qu'on trouve ordinairement chez les typhoïques, pour fixer notre attention sur le genou opéré. C'était celui du côté gauche. On a ouvert l'articulation de haut en bas, par une incision circulaire vers le quart inférieur de la cuisse, formant ainsi, de la rotule et des parties molles environnantes, un grand lambeau qu'on a renversé sur la jambe. — Toute la synoviale est d'un rouge pâle, uniforme, presque orange; elle adhère sur deux points vers le milieu des condyles du fémur ; cette adhérence, cependant, quoique solide, est flasque et longue, ce qui n'aurait pas empêché les mouvements de l'articulation. Le cartilage des deux condyles est détruit sur ces points d'adhérence et aminci aux alentours. On peut même dire que toute la surface cartilagineuse des condyles

du fémur est amincie, bleuâtre, en voie de résorption, par le fait de la vascularisation morbide du tissus osseux sous-jacent. On a comparé cette surface cartilagineuse avec celle du fémur de l'autre côté : la différence est immense, celle-ci étant lisse, brillante et épaisse, tandis que l'autre (celle du côté malade), est jaunâtre et comme atrophique. La synoviale est lisse à sa face interne, mais son tissu cellulaire externe est très épais et ferme, de telle sorte que, depuis la séreuse jusqu'à la peau, on ne trouve qu'un tissu plus ou moins compacte, par de la lymphe plastique déposée et concrétée. La surface articulaire de la rotule est couverte à sa circonférence d'une fausse membrane continue avec la synoviale, de la largeur d'un centimètre. Cette espèce de ruban périphérique, confondu avec la séreuse ou formé peut-être par celle-ci déjà gonflée et allongée, rétrécissait par conséquent du cinquième environ la surface rotulienne. En grattant avec l'ongle dans ce tissu périrotulien, on rencontre le bord de la rotule, et des morceaux de cartilages détachés qui semblaient livrés au travail d'absorption.—En résumé, cette articulation a paru dans une voie de guérison, avec des dispositions à une demi-ankylose, peut-être, par suite des adhérences de la synoviale aux condyles du fémur et du travail probable de résorption du cartilage de ces condyles. Nous avions oublié de dire que les petits corps glissant dans l'articulation qu'on avait observés durant la vie ont paru à M. Cruveilhier formés par du pus concrété ; il n'y en avait, au reste, que trois ou quatre, du volume de petits pois ; ils étaient mous et grumeleux comme de la matière tuberculeuse. On a dû scier les condyles et s'assurer de l'état du tissu osseux. On ne peut dire, au reste, si ces lésions étaient antérieures à l'injection iodée.

On a beaucoup parlé de cette autopsie à l'Académie et dans les journaux, sans l'avoir vue. On a commis des erreurs grossières. Nous affirmons que jusqu'ici on ne trouve l'exacte vérité que dans les détails ci-dessus que nous avons puisés sur le cadavre lui-même.

Rétrécissement de l'urètre. *Autopsie.* Le nommé Roger, âgé de 64 ans, entra le 20 juin dans la salle Sainte-Vierge et fut couché au n° 27. Il dit être malade depuis six semaines. Sa constitution est faible, détériorée. Il dit avoir eu plusieurs affections aiguës de poitrine, et, il y a quinze ans, une blennorrhagie ; il se plaint de difficultés dans l'émission des urines qui coulent par un jet très petit, filiforme ; il est sujet à de la toux et de l'oppression. Le 21 juin, le cathétérisme fut tenté avec une bougie de grosseur moyenne : un premier obstacle, situé derrière la fosse naviculaire, fut franchi assez facilement, mais on ne put franchir la portion membraneuse. Une bougie plus petite pénétra sans difficulté dans la vessie. Le 22 juin, une bougie d'un numéro supérieur à cette dernière s'engage dans une lacune et ne put arriver, après des tentatives inutiles, dans la vessie : un peu de pus et de sang s'échappent. Le 25 juin, introduction d'une petite bougie terminée en olive; elle s'engage également dans une lacune et ne peut franchir le rétrécissement. Le 26 juin, la même épreuve répétée reste sans résultat. Le soir du même jour, frisson, tremblement, accélération du pouls, élévation de la chaleur de la peau. Le 27 juin, les accidents généraux ont cessé le matin; mais ils reviennent le soir : on administre le sulfate de quinine. Le 28 juin, mêmes phénomènes que la veille. Le 29, les troubles généraux deviennent continus ; de plus, adynamie ; délire avec somnolence dans les intervalles ; langue noire, fuligineuse ; selles involontaires ; râle crépitant, en arrière à droite, superficiel ; matité à la partie inférieure du même côté. Les symptômes se continuent, et la mort arrive le 1er juillet.

Autopsie 36 heures après la mort. Le cerveau et ses membranes sont sains. Adhérences anciennes du poumon gauche ; la plèvre droite contient environ un litre de sérosité, et des fausses membranes récentes existent sur les deux feuillets. Tubercules creux, très nombreux, au sommet des deux poumons. Cœur et péricarde sains. Rien dans le foie ; rate ramollie ; quelques grammes de sérosité dans le péritoine ; intact du reste ; le tube digestif n'offre aucune lésion. L'urètre est rétréci en deux endroits, dans la portion spongieuse, un peu après la fosse naviculaire, et à la partie près de la membraneuse ; deux fausses routes existent à la partie moyenne de la première, et la deuxième communique, également dans son milieu, par une fistule avec la prostate. Les deux lobes de cette fistule sont tuberculeux, durs et résistants ; leur surface extérieure n'offre ni inégalités, ni bosselures ; leur volume est à peu près égal à celui d'un œuf de pigeon ; pas de développement anormal du lobe dit moyen. Incisés, ces lobes ne crient point sous le scalpel ; on ne trouve pas de kyste extérieur ou enveloppant. Sur toute la surface de la section, on voit une matière d'apparence homogène, d'un jaune verdâtre, assez facile à déchirer, mais solide. L'extrémité antérieure du lobe gauche est seule ramollie, et le liquide qu'elle offre est puriforme et contient quelques débris de matière tuberculeuse non ramollie, semblable à des morceaux de fromage mal délié : elle s'ouvre dans la partie moyenne de la portion membraneuse. La vésicule séminale droite est saine ; la gauche tout entière est convertie en une poche pleine d'un liquide purulent mêlé de grumeaux caséiformes. Ce liquide enlevé, on trouve les parois de cette poche revêtues d'une matière formée par des tubercules non encore ramollis. Le canal déférent n'a pas été examiné, non plus que l'éjaculateur. La tunique musculeuse de la vessie est hypertrophiée, la muqueuse épaissie, et elle présente çà et là à sa surface interne des plaques de pus concret ou de fibrine ressemblant à des pseudo-membranes. Les deux uretères sont très dilatés, pleins de pus et leur surface interne offre plusieurs ulcérations comprenant toute l'épaisseur de la muqueuse en même temps qu'un développement anormal des follicules dont les uns sont blancs, peut-être tuberculeux, et les autres sont distendus par une sérosité citrine. Les bassins et les calices sont également distendus par du pus. Les deux reins sont bosselés et, dans les points correspondants aux bosselures, fluctuants. Incisés, ils donnent issue à une grande quantité de pus blanchâtre et inodore, lequel est renfermé dans des cavités tapissées par une membrane lisse ou un kyste. La substance corticale est pâle, et la tubuleuse, visible dans quelques points seulement, paraît être en partie détruite. (Obs. de M. Lefebvre. Bulletin de la Société anatomique.)

Hôtel-Dieu (M. Blandin).

Oblitération du vagin et fistule vésico-vaginale. — Une jeune femme de la campagne, de bonne constitution, est accouchée de son premier enfant à l'aide du forceps. Une phlogose ulcérative a eu lieu dans le vagin. Ces ulcères ont été pansés pendant dix mois à l'aide de mèches, les urines continuant à couler toujours par les voies naturelles. Au bout de ce temps, la malade ayant négligé le pansement aux mèches, le vagin s'est oblitéré complètement à un pouce de son entrée. Dès lors, les règles ont cessé de couler, le canal de leur sortie étant obturé. Des souffrances atroces se sont déclarées chaque mois, souffrances que le médecin de la malade, lequel est un ancien élève de M. Blandin, par conséquent instruit, compare aux symptômes de la hernie

étranglée. Au bout de quelques mois de ces souffrances, la malade s'est adressée à un charlatan qui a entrepris de disséquer la cicatrice vaginale; malheureusement il est entré dans la vessie et sa plaie n'a donné issue qu'à de l'urine. Dans une seconde tentative, il a bien percé le foyer sanguin, mais il a une seconde fois perforé la vessie, au dire du médecin, qui a adressé cette malade à l'Hôtel-Dieu, avec une lettre détaillée. Dès ce moment, les souffrances dues à la rétention menstruelle ont disparu, puisque le sang coule petit à petit au dehors par un petit pertuis latéral de la cicatrice, mais aussi les urines ont coulé en totalité par cette voie. De sorte que cette infortunée offre aujourd'hui une double infirmité peut-être incurable, une oblitération incomplète du vagin et une fistule vésico-vaginale. A l'examen on trouve d'abord un état de phlogose granuleuse avec gonflement et une fétidité repoussante à toute la région vulvaire. A l'entrée du vagin, le doigt sent une barrière cicatricielle infranchissable et d'une grande résistance. A gauche de cette cicatrice on sent, et l'on peut même apercevoir une petite fente comme déchirée, par où l'on voit sortir de temps en temps un petit flot d'urine. Le doigt ni la vue ne peuvent aller au-delà. L'urètre est sain. Une sonde passée dans la vessie va au loin, mais on ne sait pas où, et elle ne donne pas issue à de l'urine. Il est certain, cependant, que la vessie est perforée en arrière de la cicatrice vaginale, puisque l'urine s'extravase dans une sorte de cloaque vaginal et revient ensuite par l'ouverture que nous avons indiquée.

Que faire dans un cas pareil? L'art est malheureusement obligé d'avouer son impuissance dans l'état actuel des connaissances. Pourtant il s'agit d'un sujet jeune dont l'avenir se trouve complètement compromis par une double infirmité, qui, au reste, n'est pas irréconciliable avec la vie. M. Blandin s'est demandé ce qu'on pourrait obtenir si l'on visait à obturer le petit pertuis vaginal par où sortent en ce moment les urines et le sang des règles, de manière à forcer ces liquides à prendre la voie de la vessie et à sortir par l'urètre; mais, outre que cette oblitération serait très difficile, il est à craindre des désordres plus sérieux encore, attendu la corruption des liquides en stagnation dans le cloaque vaginal, car il ne pourrait revenir par la vessie que le trop plein de ce cloaque. Cette observation, au reste, démontre que le problème de la guérison des fistules vésico-vaginales laisse encore des *desiderata* pour sa solution complète et générale, malgré l'acquisition des faits importants que la science a faite dans ces derniers temps.

Postérieurement à cette rédaction, M. Blandin a dilaté la matrice du vagin chez cette femme, mis l'ouverture fistuleuse de la vessie en évidence, qui était très en avant, vers le col vésical, derrière la cicatrice vaginale, et pratiqué une suture. Aujourd'hui la fistule est très retrécie, ces bords sont épais, on les cautérise avec le fer rouge. La malade retient mieux déjà les urines. Il y a tout à espérer qu'elle guérira par les cautérisations répétées.

Paralysie traumatique de l'avant-bras. *Guérison.* — Nous avons donné dans les deux derniers numéros (p. 311, 359) les détails d'un cas intéressant de paralysie du sentiment et du mouvement à l'avant-bras et à la main du côté droit chez un homme, survenue à la suite d'une action distensive forcée des muscles de ce membre pendant des efforts pour soulever un lourd fardeau. On se rappelle qu'après avoir essayé sans succès divers moyens, M. Blandin a pratiqué l'acupuncture sur les nerfs cubital et radial au coude, par suite de laquelle les mouvements volontaires se sont rétablis en partie sur-le-champs, et que ces mouvements avaient progressé considérablement depuis, sans qu'on eût répété l'acupuncture. Ce qui rendait le résultat plus remarquable encore, c'est que la peau dont la sensibilité ne dépend pas de ces nerfs avait retrouvé à son tour une grande partie de sa sensibilité. Aucune supercherie de la part du malade n'était possible, M. Blandin ayant fait sur son membre, en le piquant avec une épingle, diverses expériences avant et après l'acupuncture, sans que le malade vît ce qu'on lui faisait, et dans quel but on l'interrogeait. L'amélioration en était restée au point où nous l'avons indiquée dans le dernier numéro, les quatre premiers doigts ne fonctionnaient pas encore parfaitement et la sensibilité persistait toujours imparfaite. Ce *statu quo* durait depuis un mois, lorsque M. Blandin a voulu tenter une seconde acupuncture. Cette fois il a porté l'aiguille sur le nerf médian, au milieu du bras, en écartant avec ses doigts l'artère. L'effet de cette opération a été aussi merveilleux que celui de la première, le membre ayant repris depuis toutes les fonctions normales en motilité et en sentiment. Cet effet a suivi de si près l'acupuncture qu'il est impossible de le rattacher à une autre cause. Cet homme se trouve aujourd'hui attaché comme infirmier au service de l'Hôtel-Dieu où nous avons pu l'examiner une dernière fois aujourd'hui, 22 décembre. Cette observation est sans contredit l'une des plus remarquables qui se soient passées dans les hôpitaux de Paris dans le courant de cette année.

Cancer à la moitié de la langue. Ligature. Guérison. — Une jeune femme, dont nous avons déjà donné l'observation dans le dernier n°, p. 358, venait de subir, ainsi que nous l'avons dit, la ligature de la moitié latérale droite de la langue, à l'aide d'un nouveau procédé. Les ligatures n'étaient pas encore tombées lorsque nous publiions les détails du fait. Aujourd'hui cette malade est parfaitement guérie, et nous devons compléter notre narration par les détails de l'état actuel. La portion liée est tombée, et la plaie s'est cicatrisée; ce qui reste est parfaitement sain, et l'on ne sent au toucher aucune dureté ni dans la cicatrice ni ailleurs. On évalue à peu près au tiers de la masse entière de la langue la portion enlevée. Par suite de cette opération, la langue saine se trouve aujourd'hui adhérer profondément, à l'endroit de la ligature, au plancher buccal, et sa pointe est même tournée latéralement vers la cicatrice, de sorte que l'organe offre dans la bouche la figure d'un S, presque immobile. La pointe cependant est libre vers son extrémité, et elle peut exécuter certains mouvements. La déglutition néanmoins n'est aucunement gênée, mais la parole a perdu de sa clarté; cette altération n'est pas bien grande, et la malade est heureuse de se trouver guérie au prix de ces petits défauts qui, sans le moin-

dre doute, diminueront avec le temps. On sait en effet, par une foule de faits que la science possède, d'ablation de la langue, que la parole, d'abord altérée, reprend plus tard sa clarté normale, par suite d'une modification particulière que le larynx subit dans sa position, cet organe remontant avec le pharynx, et le moignon postérieur de la langue se portant en avant pour s'adapter aux besoins de la déglutition et de la parole.

Hôpital de la Charité (M. Gerdy).

Érysipèle phlegmoneux. *Remarques étiologiques et thérapeutiques nouvelles.*—M. Gerdy s'est livré dernièrement à quelques considérations intéressantes sur l'étiologie de l'érysipèle phlegmoneux des membres, à l'occasion de plusieurs cas de ce genre qu'il a eu à traiter dans son service à la Charité. Les cas dont il s'agit se rapportaient à des érysipèles phlegmoneux par cause traumatique; par contusion avec ou sans plaie aux doigts, à la main, au coude, au pied, à la jambe. Il s'est d'abord manifesté une simple rougeur érysipélateuse autour de la blessure, puis la partie s'est gonflée, a pris le caractère phlegmoneux, la rougeur érysipélateuse s'étendant avec le gonflement. M. Gerdy rattache la maladie à la position naturellement déclive des membres, à la stase du sang dans les capillaires périphériques des extrémités, ce qui enflamme la partie contuse superficiellement d'abord, sous forme d'érysipèle; puis profondément sous forme de phlegmon; et si on ne se hâte pas d'y remédier par les moyens que nous allons indiquer, le mal passe à la suppuration, et il en résulte des abcès disséquants, des décollements dermiques qui obligent souvent d'en venir à l'amputation ou qui se terminent même quelquefois par la mort. Presque jamais l'érysipèle ne devient phlegmoneux, ne suppure, au cou, à la tête; par la raison, dit M. Gerdy, que là ne se trouve pas la cause que nous venons d'indiquer, la circulation veineuse étant descendante et facile. Ainsi, d'après M. Gerdy, l'érysipèle des membres ne passe si facilement à l'état de phlegmon suppurant large, qu'à cause de la pesanteur qui rend difficile la circulation ascentionnelle, et c'est cela même qui donne si souvent aux piqûres des doigts un caractère particulier de gravité, par les panaris ou les phlegmons suppurants qui en résultent. Pour rendre raison de la différence de la marche de l'érysipèle aux membres et à la tête, Dupuytren avait fait intervenir une disposition anatomique particulière des vaisseaux nourriciers du derme dans les deux régions. La véritable raison, dit M. Gerdy, est dans la loi de la pesanteur appliquée à la circulation.

Par suite de ces considérations dont l'exactitude clinique est facile à constater, ainsi que nous allons le voir, M. Gerdy a été conduit à baser l'un des éléments essentiels du traitement dans la position élevée du membre malade, de manière à prévenir la stase sanguine, à favoriser la circulation ascendante. L'influence heureuse de ce moyen est de la dernière évidence. On voit, en effet, par le seul fait de la position élevée le phlegmon érysipélateux s'amender considérablement du jour au lendemain, quelquefois même disparaître presque en totalité; et si le mal avait pris la marche descendante, une position trop élevée lui fait parfois rebrousser chemin, ainsi que M. Gerdy nous l'a fait constater il y peu de jours dans un cas de phlegmon érysipélateux à l'avant-bras chez une femme, survenu à la suite d'une contusion au coude; le mal descendait, il avait déjà envahi la moitié supérieure de l'avant-bras, lorsque la femme a eu la patience de garder pendant longtemps sa main élevée, accrochée à la poignée de la corde qui pend au milieu du lit; le lendemain le phlegmon avait disparu de l'avant-bras et gagné la partie postérieure du bras; on a dû alors placer le membre dans une position moins élevée. Notez bien qu'il ne s'agit pas d'érysipèle simple, ambulant, car on sait que le phlegmon érysipélateux s'étend sans quitter le lieu primitif et ne se déplace pas. Nous avons vu un grand nombre de cas de ce genre dans le service de M. Gerdy, s'améliorer grandement par le seul fait de la position élevée du membre à l'aide de coussins, de plans inclinés convenablement disposés. Cela n'empêche pas, bien entendu, de prescrire en même temps des saignées générales et locales, des topiques émollients, des purgatifs, etc. M. Gerdy se trouve bien, surtout dans ces occurrences, des débridements profonds, pratiqués de bonne heure; il détrangle ainsi les tissus engorgés et les dispose à une résolution facile; mais, nous le répétons, ces remèdes restent très peu efficaces sans le secours de la position dont nous venons de parler. Jamais de fusées purulentes, de suppurations disséquantes, lorsque ce traitement est employé à temps; et si de la suppuration se forme elle est bornée, circonscrite, peu grave, comme dans le phlegmon érysipélateux du cou et de la tête. Ces remarques sont le résultat d'une longue observation clinique; nous les avons constatées un grand nombre de fois; chacun peut les vérifier à son tour, les cas de ce genre étant très fréquents. Le point culminant, c'est l'influence de la pesanteur comme condition aggravante, et par conséquent comme indiquant une mesure prophylactique et curative importante.

Abcès laiteux.—Dans les mammites suppurantes, chez les nouvelles accouchées ou les nourrices, on sait que l'abcès comprend quelquefois la glande mammaire elle-même; mais le plus souvent le tissu cellulo-graisseux ambiant, près-mamelonnaire, ce qui implique plus ou moins les vaisseaux galactophores dans la maladie. Il importe par conséquent, dans l'ouverture de ces abcès, de ménager ces vaisseaux. M. Gerdy a adopté dans ce but le précepte d'ouvrir toujours les abcès près-mammaires en direction rayonnante, c'est-à-dire verticalement, de manière à ne faire qu'une incision parallèle à la direction des vaisseaux galactofores. Il est probable qu'une incision transversale, ou concentrique autour du mamelon, diviserait quelques uns de ces vaisseaux. Nous disons *il est probable*, car il ne nous est pas prouvé que lorsque l'abcès est bien fluctuant, superficiel, une incision transversale pourrait atteindre les conduits en question. On sait d'ailleurs que, dans les abcès de ce genre qui ont lieu chez les nouvelles accouchées ou les nourrices, le pus contient souvent du lait, ce qui suppose une rupture de quelques-uns de vaisseaux galactofores, mais cela n'entraîne aucun inconvénient. Cependant il se peut que la longueur que quelques uns de ces abcès présentent à se cicatriser tienne peut-être à cette source profonde de liquide, qui engendre du pus et des fistules; cette cause au reste n'est pas la seule, comme on sait, qui occasionne ces conséquences; mais c'est là un sujet qui mérite de nouvelles études. Dans un cas d'abcès rétro-mammaire, que nous avons vu il y a quelques mois, à l'Hôtel-Dieu, sur une jeune fille âgée de 15 à 16 ans, non encore mère, M. Chassaignac a été obligé d'exciser une partie de la glande pour en obtenir la guérison, Qu'en résulte-t-il pour la lactation à venir dans ce cas.

BULLETIN OPHTHALMOLOGIQUE.

Ambliopie traumatique (Velpeau). — Deux hommes sont en ce moment à la clinique de M. Velpeau pour une blessure à la cornée, accompagnée de cécité, malgré que cette membrane et les autres parties de l'œil conservent leur diaphanéité naturelle. Chez l'un, la blessure a atteint la partie supérieure du disque cornéal; elle a été occasionnée par l'éclat d'une parcelle de cuivre chez un chaudronnier; la chambre antérieure a été perforée, mais elle s'est reconstituée bientôt sans procidence irienne. Une légère injection est survenue, mais sans importance; la cornée, la pupille et le fond de l'œil conservent toutes les apparences normales, et pourtant le patient est complétement aveugle de ce côté. Chez l'autre, la cornée a été fendue verticalement vers son milieu, mais la chambre antérieure s'est reformée, la cicatrice est presque nulle, et les tissus retro-pupillaires conservent leur transparence; néanmoins la faculté visuelle est fortement endommagée. Pour se rendre compte de cette espèce d'ambliopie, M. Velpeau suppose que ces sortes de blessures, même alors qu'elles ne s'accompagnent pas de l'introduction d'un corps étranger dans la coque oculaire, déterminent la rupture de quelques vaisseaux intérieurs, et par là un épanchement de sang dans le corps vitré, ce qui devient un obstacle au passage des rayons lumineux sur la rétine. M. Velpeau ajoute que les épanchements de sang dans le corps vitré ne s'absorbent que difficilement; aussi ces sortes d'amauroses persistent-elles indéfiniment le plus souvent. Par suite de ces réflexions, M. Velpeau établit, pour précepte général, de porter toujours un pronostic réservé quand il s'agit d'opérer une cataracte traumatique, par la raison qu'on ne sait pas dans quel état se trouvera la rétine par le fait de l'action primitive qui a occasionné l'opacité du cristallin. — La doctrine ci-dessus sur la cause immédiate de l'ambliopsie amaurotique n'est pas tellement prouvée qu'on puisse la donner comme incontestable. Cependant elle est probable dans certains cas; nous l'avions émise nous-même dans ce journal (t. 1, p. 414), à l'occasion d'un cas d'hémiopisie traumatique qui s'était présenté dans le service de M. Gerdy. Il est des cas cependant où l'œil devient amaurotique par une simple contusion, un coup de verge, par exemple, autour de l'orbite, sans que l'œil ait été touché par l'instrument fériteur; nous en avons rapporté un exemple remaquable recueilli dans le service de M. Blandin (t. 2, p. 62); la vue pourtant est revenue dans ce cas au bout d'un mois. Nous le répétons, l'épanchement de sang dans le fond de l'œil serait sans doute suffisant pour expliquer l'amaurose dans ces cas, mais la chose est loin d'être prouvée, et il se peut que la cécité tienne à une autre condition qui nous échappe; par exemple, l'ébranlement des molécules médullaires de la rétine par la commotion oculaire imprimée par le coup.

De l'ophthalmite post-fébrile de Glascow; par M. Andrew Anderson, *chirurgien à l'infirmerie de cette ville*. — Une ophthalmie épidémique fort grave, consécutive à une épidémie de fièvre continue rémittente (typhus rémittent des Indes), véritable symptôme secondaire de l'affection fébrile, ravage depuis deux ans la ville de Glascow. On l'a, par cela même dénommée *ophthalmite post fébrile*. Il s'agit d'une phlogose des membranes internes et externes de l'œil, qui se termine tantôt par la fonte purulente de l'organe, le plus souvent par l'amaurose; d'autres fois elle guérit ou bien elle s'achemine vers d'autres terminaisons. C'est précisément cette condition de congestion générale des tissus de l'œil, qui lui a valu le nom d'*ophthalmite*, plutôt que d'ophthalmie simple. Cette affection s'observe de temps en temps dans nos hôpitaux et dans la pratique privée, sur des sujets atteints de fièvre typhoïde grave, mais jamais épidémiquement jusqu'ici, à ce que nous sachions; mais la chose pourrait bien arriver. Une épidémie pareille avait été observée à Dublin en 1826. Aussi, ne lira-t-on pas sans un intérêt véritable ce court extrait du long travail de M. Andrew Anderson. Déjà M. Mackensie a publié un mémoire sur cette affection, mais c'était en 1843, alors que l'épidémie était encore à son début. Depuis lors, les faits se sont multipliés, plus de 100 individus ayant été, dans l'espace de deux années, traités seulement à l'infirmerie de Glascow, et le mal a été mieux étudié, mieux compris, peut-être.

L'épidémie fébrile a éclaté en janvier 1843, et finit en janvier 1845. Le nombre des fiévreux traités pendant cette durée, à l'infirmerie, a été de 4864; le nombre des ophthalmiques, de 114. L'affection occulaire, par conséquent, ne frappait qu'à peine un individu sur 40 ou 45. Tous les âges, tous les sexes, toutes les constitutions y étaient sujets. Le mal attaquait tantôt un œil, tantôt tous les deux; mais une circonstance importante à mentionner, c'est que l'affection fébrile récidivait une ou plusieurs fois chez un grand nombre d'individus, et c'était justement sur ces patients que la maladie oculaire se déclarait. Tantôt elle précédait, tantôt elle suivait de plus ou moins près la récidive fébrile; quelquefois, cependant, elle accompagnait la première attaque, et le plus souvent elle succédait à la convalescence. Sur les 114 ophthalmiques traités à l'infirmerie, le mal s'est déclaré, pendant la première attaque de la fièvre, sur 13; après cette première attaque, sur 75; après la seconde attaque, sur 25; après la troisième attaque, sur 1. L'époque consécutive à la fièvre pour la déclaration du mal d'yeux a été très variable; chez les uns, pendant la convalescence; chez les autres, 15, 30 jours après, cinq mois, six mois plus tard. Le plus souvent, cependant, la chose avait lieu aussitôt après la fièvre. L'affection oculaire se déclarait subitement, mais la forme de ce début n'était pas la même pour tous. Chez 9, au sortir de la fièvre, il s'est déclaré de la douleur dans les yeux ou dans un œil, avec amaurose progressive. Chez 13, il y a eu faiblesse de la vue dès le commencement de la fièvre, puis l'œil s'est enflammé. Chez 27, cécité amaurotique pendant la convalescence. Chez un, accouchement prématuré et myodepsie, mouches voltigeantes pendant la convalescence. Chez 6, douleurs oculaires, puis ambliopie pendant la convalescence. Chez 7, amaurose après la première attade fièvre; douleurs oculaires après la seconde. Chez 8 amaurose durant la fièvre; disparition de la cécité après la fièvre; inflammation après la convalescence. Chez 9, inflammation durant la fièvre; guérison en huit jours; retour du même mal d'yeux un mois après. Chez 1, inflammation entre la convalescence et le retour de la fièvre.

Le tableau symptômatologique le plus ordinaire que l'auteur donne de la maladie oculaire est le suivant. A une époque variable après la guérison de la fièvre, le patient commence à se plaindre de mouches voltigeantes, ou bien de faiblesse de la vue, à un œil; puis cet œil s'enflamme. Alors l'amaurose fait des progrès et les mouches voltigeantes disparaissent. La cécité devient si grande que le malade

peut à peine discerner la lumière des ténèbres. A l'examen, on trouve tous les tissus de l'œil plus ou moins altérés par la maladie; l'œil reste plus ou moins difforme et totalement aveugle dans un grand nombre de cas. Si pendant la cure la cécité amaurotique décline, les mouches reparaissent et elles persistent avec une tenacité extrême. Cette marche de la maladie, cependant, est loin d'être constante, un très grand nombre de variétés ayant été observées, ainsi qu'on peut le voir dans les détails des faits particuliers que l'auteur rapporte. Il résulte de ces détails que le mal n'était dans son essence qu'un état congestif général de l'arbre vasculaire de l'œil, s'élevant souvent jusqu'à l'inflammation de toutes les membranes de cet organe. Les dissections ont prouvé que la choroïde, l'iris, le corps ciliaire et la rétine étaient en première ligne injectés; de là l'amaurose; puis la conjonctive, la sclérotique et les tissus profonds étaient à leur tour malades, enflammés.

Le traitement à adopter contre la maladie en question ne pouvait être un instant douteux. Une affection essentiellement congestive, analogue à la congestion cérébrale, s'énonçant à des degrés divers par des douleurs oculaires, par des mouches volantes, de la cécité amaurotique instantanée, des phlogoses internes et externes, ne pouvait être utilement traitée qu'à l'aide des remèdes antiphlogistiques ; telle est aussi la méthode adoptée par les médecins de l'infirmerie de Glascow. « La saignée, le mercure et la belladone ont été les trois cordes auxquelles notre pratique s'est le plus sûrement attachée, dit l'auteur.» Les purgatifs mercuriaux, ajoute-t-il, ont donné les meilleurs résultats, conjointement aux purgatifs salins. On commençait par des évacuations sanguines, puis on administrait le calomel jusqu'à saturation. L'amaurose qui se déclarait subitement guérissait plus souvent que quand elle était précédée de myodepsie, ce dernier symptôme persistant opiniâtrement et s'opposant au rétablissement de la vue. L'auteur attribue ce phénomène à la dilatation variqueuse de quelques vaisseaux de la choroïde. Dans quelques cas les mouches volantes ont fini par disparaître à la longue sous l'influence du sulfate de quinine et des contre-irritants. Des vésicatoires étaient appliqués en même temps. On a observé des cas de guérison sans aucun traitement. L'auteur rapporte une soixantaine d'observations; nous en reproduirons quelques-unes dans le prochain numéro (Monthly jour. of med. sc. oct. 1845).

TOXICOLOGIE.

Empoisonnement par de la strychnine; PAR M. JAMES WATSON, *médecin à l'infirmerie royale de Glascow.*—Agnès French, âgée de 13 ans, avait été reçue le 17 sept. 1845, à l'infirmerie, pour être traitée d'un eczéma de la tête, et elle en était guérie. Le 27 du même mois, à cinq heures et demie du soir, elle est allée au lit d'une paralytique, lui a pris, par un mode d'amusement fou dont elle avait déjà usé envers d'autres malades, trois pilules de strychnine, d'un quart de grain chacune, qui avaient été ordonnées pour servir pour trois jours, et elle les a avalées en un clin-d'œil. Vingt minutes après l'ingestion, l'enfant a dit qu'elle éprouvait une sensation étrange dans la tête, et elle a été presque immédiatement prise de convulsions. L'élève de garde est arrivé aussitôt et il l'a trouvée dans l'état suivant : bras étendus et rigides; tous les muscles du corps sont contractés; tronc fortement plié en arrière, formant de ce côté une concavité considérable. Pupilles à l'état naturel. Pouls à peine perceptible, à cause de la rigidité des muscles; mais les pulsations du cœur sont fortes. Face animée et lèvres livides. Respiration rapide et difficile, mais le larynx est tout à fait libre. Spasmes très manifestes au diaphragme. Accès de convulsions générales se succédant continuellement avec les intervalles de peu de minutes. Intelligence intacte. Physionomie effrayée, anxiété exprimant le désir de soulagement. L'élève ignorant la cause de ces convulsions a de suite pratiqué une saignée de 180 gm. (6 onces) de l'artère temporale, appliqué des lotions froides à la tête et des sinapismes aux membres. Dix minutes après l'apparition de ces symptômes, la malade paralytique à laquelle les pilules appartenaient, a songé que l'accident de l'enfant pouvait bien dépendre des pilules que celle-ci avait avalées, et elle l'a déclaré. L'élève s'est hâté alors d'administrer immédiatement un gm. (un scrupule) de zinc (sulfate de zinc probablement)! et de donner ensuite de grandes quantités d'eau chaude que l'enfant a bue largement. Pas de vomissement, cependant, pendant un quart-d'heure, malgré qu'on titillât le pharynx avec la barbe d'une plume; enfin des vomissements se sont déclarés, mais peu abondants. En attendant, l'opisthotonos et les contractions musculaires générales ont continué avec plus de violence encore. Pendant les inutiles efforts qu'elle faisait pour vomir, la rigidité musculaire a cédé tout à coup et les contractions spasmodiques se sont dissipées. Les battements du cœur, jusque-là forts, n'ont pu plus être sentis dès ce moment, et la respiration s'est éteinte. La face, qui dès le commencement de l'attaque avait été injectée et profondément rouge, est devenue graduellement pâle de haut en bas. On a couché la malade et elle a semblé revenir légèrement ; sa poitrine allait lentement et son cœur battait faiblement et à de longs intervalles. La coloration de la face a reparu aussi un peu; mais à l'exception de quelques mouvements musculaires, la malade n'a pas eu de nouveaux spasmes. Les pupilles maintenant sont dilatées, les yeux fixes et tournés en haut. On applique la pompe gastrique, mais sans bon effet. Peu de temps après, la respiration a cessé de nouveau et les battements du cœur se sont éteints. La faible coloration de la face a disparu de nouveau jusqu'au cou. On essaie, mais sans succès, la respiration artificielle et le galvanisme sur les nerfs phrèniques. La malade est morte à six heures trois quarts, c'est-à-dire un peu plus d'une heure après l'ingestion du poison ; trois quarts d'heure environ après le commencement de la manifestation de ses effets.

Autopsie, 24 heures après la mort. Face calme. Abdomen tympanisé. Beaucoup de taches livides sur les parties déclives. Rigidité cadavérique modérée; les doigts et les pouces sont livides, mi-fléchis, fermes et un peu élastiques. Les téguments de la partie chevelue de la tête saignent abondamment à mesure qu'on les incise. Le cerveau et ses membranes sont dans l'état naturel, à l'exception de l'arachnoïde et du plexus choroïdien qui sont turgescents. La moelle épinière est saine; ses enveloppes sont plutôt injectées. Les poumons sont congestionnés de sang veineux; les muscles du cœur tout à fait raides (*stiff*). Le ventricule droit est aplati, vide et mince; le gauche, affaissé pareillement et vide. Les oreillettes sont dans le même état que les ventricules. L'estomac contient des aliments à demi digérés; sa membrane muqueuse est pâle et saine. Les autres viscères sont à l'état normal (Montly jour. of med. science ; déc. 1845).

Note du traducteur. — Notre devoir nous oblige de dire notre conviction tout entière sur un fait aussi

important que celui qu'on vient de lire, au risque même de blesser quelques susceptibilités. Cette mort si déplorable tient, à nos yeux, en grande partie au traitement irrationnel, désastreux qu'on a suivi, conformément aux préceptes de certains toxicologues de laboratoire et qui n'ont jamais exercé la médecine pratique. Il est extrêmement douteux, d'après les connaissances acquises, en effet, que trois quarts de grains de strychnine puissent suffire à tuer en une heure un enfant de treize ans. Mais, une évacuation de 180 grammes de sang artériel, pratiquée aussitôt après l'ingestion du poison, et l'administration consécutive d'un scrupule de sel zincique (autre poison d'action analogue à celle de la stryhnine), étaient plus que suffisants pour porter un coup fatal dans la force organique. Dans notre conviction, il y aurait peut-être eu moins de danger pour la malade à avaler trois autres pilules pareilles aux premières et à être convenablement traitée, qu'à subir le traitement dont elle a été victime. Nous le demandons: où sont-elles les traces de la prétendue inflammation sur le cadavre? Flaccidité du cœur, injections veineuses, telles sont les lésions rencontrées. Le reste de l'organisme était parfaitement sain, la muqueuse de l'estomac pâle! Comment ne pas voir dans les symptômes, dans l'intégrité de l'intelligence, dans la pâleur, dans la petitesse du pouls, dans l'affaissement lui-même produit par la saignée, et dans un pareil état du cadavre, des conditions incontestables d'une intoxication hyposthénique? Ignore-t-on donc qu'il existe des convulsions asthéniques? La strychnine est dans le système italien un hyposthénisants spinal dont les effets se combattent heureusement par les alcooliques. Des guérisons incontestables sont acquises à cette pratique. C'était donc de l'alcool pur qu'il fallait administrer à cette malade, au lieu de l'empoisonner une seconde fois à l'aide du sulfate de zinc et de la saignée. Cela est sans doute assez dur à dire, nous le savons bien; difficile même à admettre, quand on n'a pas étudié ces questions au point de vue dynamique; mais à qui la faute, sinon à la paresse des médecins, qui en matière de toxicologie renoncent volontiers, pour ainsi dire, à leurs connaissances cliniques pour se laisser conduire par des préceptes d'hommes de laboratoire, plus ou moins étrangers aux notions de l'art de guérir? Le devoir de la presse est de frapper l'erreur partout où elle se trouve et de montrer les vérités utiles à l'amélioration, à la conservation de l'homme.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE HYDROCYANIQUE. *Guérison; par M. Williams A. Guy, prof. de méd. légale au collége royal de Londres* (King's Collége). — Au mois de nov. 1844, j'ai été appelé dans la nuit pour voir un jeune homme qui venait de s'empoisonner avec de l'acide prussique. Il s'agit du fils d'un médecin, âgé de 19 ans, étudiant en droit. Son caractère était naturellement gai; il n'avait éprouvé aucun chagrin, aucun désappointement, et jamais, jusqu'à présent, il n'avait songé à se suicider. Ses habitudes de sobriété et d'application au travail étaient loin d'ailleurs de le conduire à de pareilles idées. Le jour de l'accident, il venait de dîner à l'une des hôtelleries de la cour, et il but une demi-bouteille de vin, quantité excessive pour ses habitudes. En rentrant chez lui, on l'a reconnu un peu pris de vin. Avant de monter dans sa chambre, il est entré sous un prétexte dans le cabinet de son père où il a pris un flacon contenant de l'acide prussique, qu'il a avalé aussitôt entré dans son lit. Son père et son aide croient que la quantité d'acide s'élevait de 4 à 8 grammes (1 à 2 gros). Le patient à affirmé qu'il y en avait une gorgée. La force de l'acide était au degré de la pharmacopée de Londres. Aussitôt après, sa famille a été frappée d'un bruit subit, comme si un corps pesant fût tombé dans la chambre du jeune homme; à ce bruit a succédé une sorte de râle alarmant. Son père a couru de suite dans la chambre, voit son enfant sans connaissance et lui jette immédiatement de l'eau fraîche à la figure et sur la poitrine, ce qui l'a fait revenir; il l'a pris, l'a porté dans une autre chambre et posé sur un lit. Il lui a approché un flacon d'ammoniaque aux narines et appliqué du calorique à l'épine et aux pieds; puis il a administré un lavement contenant de la teinture d'assa fœtida, en attendant mon arrivée. Je l'ai trouvé dans l'état suivant, trois heures après l'accident. Il était couché sur le dos, faisant de grands efforts pour respirer. Chaque inspiration est accompagnée d'un gargouillement sourd dans la poitrine, d'un râle muqueux très distinct. Le pouls est à plus de 140 par minute; respiration à 36. Surface du corps très froide; face plombée, lèvres bleues, pupilles extrêmement dilatées, mâchoires serrées. Le patient était resté dans cet état depuis le moment de l'ingestion; de sorte qu'aucun contre-poison n'avait pu être administré, les mâchoires étant rigides. J'ai fait continuer l'application de l'ammoniaque aux narines et le calorique à la surface du corps à l'aide de frictions incessantes avec des flanelles chauffées au feu et renouvelées continuellement. Vers la cinquième heure, le malade a fait quelques efforts pour vomir; nous avons favorisé ces efforts en titillant le gosier avec la barbe d'une plume, et il a rejeté quelques mucosités sanguinolentes. Aussitôt, nous lui avons fait boire de l'*eau-de-vie chaude* avec de l'eau et du fort café, ce qui l'a ranimé; il a pu répondre par des monosyllabes et se soulever sur ses coudes; il était effrayé, éperdu. Vers la sixième heure, il était déjà mieux, et il a pu répondre aux questions; il a demandé de la limonade qu'il a bue abondamment. Le râle muqueux a disparu, la respiration et le pouls sont encore fréquents, la pupille est rentrée dans ses dimensions normales, la chaleur à la peau est revenue. Dès ce moment, il m'a paru hors de danger et je l'ai quitté. Consécutivement il s'est plaint de mal à l'estomac, il a désiré prendre un émétique, on le lui a administré et il a rendu beaucoup d'aliments indigestes. Je l'ai revu 14 heures environ après l'ingestion du poison, et je l'ai trouvé tout à fait bien,

quoique faible. Les suites ont été heureuses. Voici les détails qu'il a donnés sur son accident. Après avoir dîné, il s'était senti comme tenté par le diable, pour me servir de son expression, à prendre de l'acide prussique, croyant, dans la confusion de ses idées, que cela ne lui aurait pas fait de mal. Il en a donc avalé une gorgée aussitôt couché. De suite après, il s'est levé, a marché autour de son lit, est allé à quelques pas de là, à un panier, où il a placé le bouchon de la fiole si fortement dans le goulot de celle-ci, qu'on n'a pu l'ôter, et il est retourné à son lit; il s'y est assis et il a perdu connaissance; il est tombé, etc. La fiole du poison a été trouvée vide, il avait tout bu (Medical Times, 22 nov.).

—Cette observation offre un véritable intérêt comme exemple de guérison, malgré une dose aussi considérable d'acide hydrocyanique. Deux circonstances paraissent avoir concouru à cette heureuse terminaison: l'état de surstimulation ou d'ivresse dans lequel le patient se trouvait, avec plénitude de l'estomac, au moment de l'ingestion du poison, et la faiblesse peut-être de la composition toxique. Il est probable, en effet, que l'acide était depuis longtemps dans la fiole et qu'il s'était plus ou moins affaibli. Il est impossible, au reste, de ne pas voir dans les symptômes ci-dessus, dans l'abattement, dans la petitesse du pouls, dans l'athermalisation instantanée de la peau, etc., l'hyposthénie la plus franche cardiaco-vasculaire, par l'action dynamique du poison; phénomènes confirmés d'ailleurs par les bons effets de l'administration de l'eau-de-vie chaude et du calorique concentré. Au point de vue dynamique, c'est-à-dire médical, l'acide hydrocyanique ne diffère pas, comme on le voit, des autres acides soit organiques, soit minéraux, si ce n'est dans le degré d'énergie et dans l'action élective que nous ne devons examiner pour le moment. Les savants de laboratoire ont enseigné les préceptes les plus absurdes à l'égard des moyens propres à combattre cet empoisonnement. Les véritables moyens, les seuls qui offrent quelque chance de succès, sont les stimulants, comme pour tous les autres acides indistinctement.

REVUE GÉNÉRALE.

De l'extraction des corps étrangers du conduit auditif externe; *par M. J. Marion Sims, D. M. à Montgomery (Alabama).* — Un corps étranger peut rester des années dans le conduit auditif externe sans produire autre chose que de la démangeaison, une surdité incomplète, et parfois de la douleur, augmentant par l'action du froid. Dans d'autres cas, il peut occasionner une inflammation lente dans le méat, des ulcérations, un écoulement purulent, fétide, des excroissances fongueuses, et une surdité complète du côté affecté; tandis que, d'un autre côté on rencontre de temps en temps des cas qui s'accompagnent de trouble local et constitutionnel, avec douleur excessive et gonflement, inflammation violente et abcès dans la partie, réaction inflammatoire vers le cerveau, fièvre, délire, convulsions, paralysie, mort. Remédier à une affection qui peut s'accompagner de désordres aussi graves, c'est assurément un sujet d'assez grande importance, soit au point de vue de la facilité de la manœuvre opératoire, soit sous le rapport de la sûreté de l'opéré. — Les moyens d'extraction généralement recommandés dans les livres sont malheureusement souvent illusoires, quelquefois inapplicables ou nuisibles; de sorte que par leur usage on échoue souvent, on produit une sorte d'inquiétude, d'anxiété, d'embarras fâcheux pour le chirurgien et pour le patient. Il est de fait que les tentations prescrites échouent souvent, même entre les mains les plus habiles. Dans une leçon clinique sur ce sujet que sir Brodie a publiée dans un journal (Lancet, janv. 1844), il raconte sincèrement le fait suivant. « Il y avait à l'hôpital un malade pour un corps étranger tombé dans l'oreille; je crois un pois. J'ai essayé toute espèce de méthode pour l'extraire. Je n'ai pu me servir de la pince (forceps) et il a presque rempli tout le méat, de sorte que l'eau ne pouvait passer derrière lui, et il était tellement enclavé que le jet d'une seringue n'aurait pu l'entraîner au dehors. J'ai dû me contenter de l'abandonner à la nature, afin de ne pas risquer de le pousser plus loin; j'ai pensé qu'il se sécherait probablement ou se décomposerait spontanément et qu'il sortirait après, ou bien qu'étant plus tard fragmenté, il serait chassé par le jet de la seringue. J'ai craint, en insistant davantage de le faire passer dans le tympan et de tuer le patient. »

Divers auteurs ont conseillé conjointement avec les pinces, d'autres instruments, tels que sondes, érignes, crochets, curettes, *et dans quelques cas particuliers la seringue.* Je suis de ceux qui donnent une préférence absolue à la seringue. Cette méthode est la plus facile, la plus sûre, la plus expéditive et applicable dans tous les cas, n'importe que le corps étranger soit gros ou petit, léger ou lourd, irrégulier, anguleux ou lisse; qu'il occupe un petit espace du méat ou qu'il soit entièrement plongé dans ce conduit; qu'il y soit depuis peu ou depuis longtemps; qu'il soit ou non compliqué de symptômes inflammatoires généraux et locaux. Je ne vois pas, en d'autres termes, une seule objection sérieuse, une seule contre-indication dans son emploi. La seringue est le seul instrument qu'on puisse employer avec quelque confiance et perspective de succès dans les cas malheureux qui ont été suivis d'irritation ou d'inflammation, dans les cas où le corps étranger a été poursuivi sans succès à l'aide de pinces, avec un acharnement grossier, brutal, injudicieux, et qui ne sont malheureusement pas rares. Je n'entends pas cependant m'élever tout à fait contre l'usage de la pince-forceps, puisque cet instrument est souvent l'adjuvant indispensable de la seringue.

L'usage de la seringue est aussi ancien que les montagnes (sic). A qui appartient la priorité de cet instrument, je

l'ignore. Je pense cependant que celui qui l'a accrédité, en appelant l'attention des médecins sur les avantages de son application dans tous les cas de corps étrangers dans le conduit auditif, est surtout M. Carpenter de Castelmore (Irlande), qui a réussi à extraire plusieurs pois à l'aide de cet instrument. Il a, en outre, extrait un caillou de forme irrégulière, et tellement gros qu'il ne comprenait pas comment l'enfant avait pu l'introduire; et dans un autre cas, il a extrait pareillement un grain d'avoine de la même manière. (Amer. jour. janv. 1842.) M. James Bolton (Méd. exam., 1842, p. 613), a publié un cas d'une petite fille âgée de 13 ans, dans le méat auditif de laquelle un grain de café avait séjourné pendant sept ans; il a seringué l'oreille avec de l'eau chaude et du savon de Castille; en poussant la troisième injection avec force il a vu apparaître un corps noir qui à l'examen a été reconnu pour un demi-grain de café. M. Edward Hatfield a extrait de la même manière une portion d'un petit pinceau, de l'oreille d'un enfant que son maître d'école y avait introduit dans des tentations d'extraction (N. York, édit. Lond. Lancet, juillet 1844, p. 44). Tels sont les seuls écrivains à ma connaissance, qui aient recommandé ou fait usage dans quelques cas, de la seringue. D'autres cependant en ont parlé pareillement, mais incidemment. De ce nombre sont Duitt, Fergusson, Gibson, Gross, Liston, etc., qui n'ont insisté sur l'usage de la seringue que pour l'extraction du cérumen épaissi. Le professeur Gibson dit (Institutes and Practice, t. 2, p. 387) que dans un cas, après avoir essayé sans résultat favorable la pince-forceps pour extraire un pois de l'oreille d'un enfant, il a réussi en se servant d'une aiguille à cataracte pour le déloger, puis d'un jet d'eau avec une seringue pour l'entraîner au dehors. Samuel Cooper (Dict., art. oreille) a apprécié à sa juste valeur la bonté du moyen en question, mais comme les autres auteurs il n'en conseille l'usage que pour les corps peu volumineux, tels que petits insectes, pois, grains de froment, etc. «Quand le grain est, dit-il, globulaire et petit, la meilleure manière de l'extraire est de se servir de la seringue et d'eau tiède. Il rapporte le cas d'un enfant, âgé de deux ans et demi, qui présentait dans une oreille un caillou, et dans l'autre un grain de froment de France, qu'un autre enfant lui avait introduits, et il était resté complètement sourd et souffrant pendant dix mois. A l'aide de l'eau chaude injectée fortement dans l'oreille il est parvenu à déloger les corps étrangers de contre la membrane tympanique, puis à les entraîner au dehors et à les extraire. Ces corps se trouvaient ensevelis, entièrement cachés par le gonflement de la membrane du conduit et par du cérumen induré. Velpeau dit (Opérative surgery, with an appendix of notes, by prof. Pattison, p. 457) que mille moyens différents ont été proposés par Archigènes, Celse, Alexander, Mesué, Hameck, Rhazer, Verdui, Donatus, Fabrice de Hilden, Paulus, etc., etc. Plusieurs de ces moyens sont certainement suffisamment imaginaires et absurdes, et cependant on cherche en vain la seringue au milieu de cet arsenal d'instruments.

Il est plus étonnant que l'utilité d'une méthode aussi simple soit passée sous silence par nos écrivains spécialistes sur les maladies de l'oreille. Kramer, Pilcher, et Saissy (ou plutôt son traducteur, le docteur Smith) recommandent tous l'emploi de divers instruments chirurgicaux selon l'imagination et les préjugés de chacun d'eux, les exigences et les indications de chaque cas. Ces auteurs recommandent les pinces-forceps, les leviers mousses, les stylets métalliques, les sondes petites, obtuses, plates, courbes, les crochets tire-bouchon, etc., mais ils ne mentionnent pas la seringue. Lorsque des symptômes inflammatoires intenses se sont déclarés, et que le conduit auditif est devenu tellement sensible qu'il ne supporte le contact d'aucun instrument, ces auteurs recommandent l'usage de la lancette, de sangsues, de cataplasmes et d'autres moyens antiphlogistiques, jusqu'à ce que la tuméfaction et la sensibilité soient tellement réduites que les menœuvres deviennent possibles; et alors, c'est, disent-ils, par l'adresse du chirurgien et par sa prudence dans les tentatives que l'extraction pourra être obtenue sans exciter des douleurs considérables. Si l'on considère maintenant combien est grande la difficulté d'extraction des corps étrangers du conduit auditif, combien sont sérieux les symptômes que leur présence peut occasionner, n'est-il pas évident qu'un moyen simple et efficace, capable de les extraire facilement et sans danger, est d'une grande importance? Tous les moyens mécaniques et la seringue elle-même peuvent sans doute échouer; cela cependant doit être excessivement rare quant à ce dernier instrument, si l'on aura bien compris son mode d'action et la manière de s'en servir. L'on se tromperait assurément si l'on croyait que pour atteindre le but il suffirait de seringuer fortement l'oreille. Expliquons-nous.

La direction du méat auditif est courbe, d'abord en avant et en haut, ensuite en bas et en arrière; sa concavité est dirigée obliquement en bas et en avant. Sa longueur est de un pouce et quart, ou un peu plus. Son diamètre transverse est de un quart de pouce; un peu plus dans le sens vertical, sa section étant ovale. Ses dimensions varient; il est un peu contracté à l'orifice, un peu plus à son centre qui est le point le plus étroit, et de nouveau vers la membrane tympanique. Le bord sémilunaire antérieur du pavillon, qui conduit dans le méat, se projette beaucoup au dessous d'une ligne tangente à la convexité inférieure du canal. Avec l'obliquité de ce passage et ses dimensions irrégulières, on trouvera très difficile, sinon tout à fait impossible, de pousser un jet d'eau avec force contre le tympan, même alors que le conduit n'est pas obstrué; car, si le bec de la seringue est poussé parallèlement au tragus, la force de l'injection sera épuisée contre la paroi antérieure-inférieure ou la convexité du plancher du canal; s'il est dirigé davantage vers le bord sémilunaire du méat, sa force vient se briser contre la partie postérieure de la paroi supérieure ou la concavité du canal. Changeons la direction du conduit, en tirant la portion inférieure de l'anti-hélix, ou en poussant le dos du pavillon en avant, tandis que tout le pavillon est fortement distendu et dirigé en dehors, en haut et en arrière, rectifiant ainsi le conduit et rendant son diamètre uniforme. Dès lors l'injection est non seulement facile, elle va aussi aisément jusqu'au fond. Si le corps étranger est petit, le courant d'eau le déloge dans son choc en retour après avoir frappé contre la membrane. S'il est gros, s'il bouche le canal complètement, deux ou trois

injections convenablement à dirigées, l'oreille tenue comme nous venons de le dire, changent sûrement sa position relative, et permettent bientôt aux nouveaux jets de passer outre, frapper contre la membrane tympanique et former un courant d'arrière en avant. En insistant on finit par pousser le corps en avant et le rendre accessible aux pinces-forceps. La seringue dont je me sers est de celles qu'on trouve dans les boutiques, faites en Angleterre, contenant un peu plus de huit gm. (deux gros), pourvues d'un bec très long, de petit diamètre. Le piston fait parfaitement le vide et marche facilement. L'eau est poussée subitement, forcément, et frappe avec énergie; elle ne passe pas en long jet, lent et continu. Une seringue de petites dimensions est préférable à une grosse, par la raison que dans un petit tube toute la force du piston passe sur le liquide sans se partager, le jet n'est pas divisé par le corps étranger, et en se réfléchissant de la membrane tympanique il conserve la force première pour agir énergiquement d'arrière en avant sur le corps étranger. Une grosse seringue au contraire, offrant un gros bec, lance un jet plus volumineux, lequel vient se briser en partie sur le corps étranger et il n'y a qu'une faible lame de la colonne qui passe derrière. La portion qui se brise directement contre le corps étranger paralyse l'action en sens contraire du liquide qui vient de derrière. Aussi l'effet qu'on veut obtenir est-il moins prononcé ou nul. Je vais rapporter quelques cas à l'appui de la méthode que je recommande.

1er *Fait.* — Un petit nègre, âgé de 4 à 5 ans, appartenant à A. J. Mc-Semore, a été adressé au docteur B. R. Jones, le 1er août 1842, pour être traité d'un corps étranger qu'il portait dans l'oreille gauche (un morceau de verre) depuis la veille. Son maître avait fait d'infructueux efforts pour l'extraire à l'aide d'une aiguille à tricoter. Le conduit auditif était gonflé, enflammé et très sensible. Je me trouvais en ce moment par hasard chez mon confrère M. Jones. Nous fîmes ensemble beaucoup d'efforts pour extraire le corps étranger, mais sans succès, en nous servant d'une sonde, d'une curette, d'une pince. Nous employâmes aussi la seringue, mais dans le but de débarrasser le canal des caillots sanguins qui avaient été formés par suite de nos manœuvres répétées. Nous étions très contrariés d'avoir échoué; j'ai donc prié mon confrère et le patient d'attendre pour que j'allasse chez moi prendre des instruments plus appropriés; j'ai pris des pinces à lames plates, longues et courbes dont je m'étais servi pour l'opération du strabisme; je croyais pouvoir extraire avec leur aide le corps étranger, mais nous n'avons pas été plus heureux. Le lendemain, l'oreille du pauvre petit nègre était si gonflée et douloureuse qu'on ne pouvait la toucher sans déterminer des spasmes horribles. Nous avons mis en usage les antiphlogistiques ordinaires, et avant de déclarer notre impuissance j'ai repris la seringue pour débarrasser le conduit des caillots qui le bouchaient. J'y ai poussé deux ou trois injections d'eau tiède, mais le sang continuait à couler. J'ai prié M. Jones de saisir le pavillon de l'oreille et de le tirer en dehors, en haut et en arrière, afin de rectifier le conduit et de me permettre de voir dans tout le trajet. Pendant qu'il tenait ainsi, j'ai poussé avec force une injection, aussi fortement qu'avant, et nous avons été agréablement surpris de voir le morceau de verre s'avancer au dehors et enfin tomber aux pieds du patient sans d'autre secours. Le corps étranger avait cinq lignes en longueur, un peu plus de trois en largeur, et presque deux en épaisseur, il était légèrement aplati sur un côté et ovale sur un autre. Sa forme fait présumer qu'il était facile de le saisir avec des pinces, mais son volume devait remplir tout le conduit gonflé, ce qui rend raison de l'impossibilité d'action efficace des instruments.

2e *Fait.* — Une petite négresse âgée de 4 ans, propriété de M. J. H. Murphy, m'a été adressée par le docteur Hugh Henry, le 14 octobre 1842, pour lui extraire un corps étranger de l'oreille droite. En examinant cet organe j'ai cru voir quelque chose, comme un morceau de bâtonnet appliqué contre la membrane tympanique. L'accident datait de la veille. J'ai saisi de ma main gauche la partie externe du pavillon, je l'ai soulevé de manière à rectifier le canal, tandis qu'avec l'autre j'ai poussé contre le tympan un jet d'eau tiède avec une seringue. Une seule injection a suffi pour déloger le corps étranger et le pousser assez avant pour le rendre accessible aux pinces, sans tâtonnement et sans toucher à la membrane du conduit. C'était un morceau de bois de l'arbre de Chine (*melia azedarach*).

3e *Fait.* — Un nègre nommé Lewis, âgé de 28 ans, appartenant à M. W. Pollard, est venu chez moi le 20 août 1843, me disant qu'il avait un morceau d'os nécrosé dans l'oreille gauche. En se nettoyant l'oreille la veille, il y éprouvait une telle démangeaison qu'il avait poussé l'instrument avec force et qu'il l'avait rompu contre quelque chose de très dur. Il supposait que cela devait être un os mort, puisqu'il n'était pas douloureux; il ajoutait que dès son enfance il avait de temps en temps souffert dans cette oreille; qu'il avait été toujours un peu sourd de ce côté, à tel point que si l'autre oreille était fermée il n'entendait presque pas; que quand il s'exposait au froid il ressentait une démangeaison dans le fond du méat auditif, puis du gonflement douloureux qui se dissipait spontanément; que de temps en temps il était obligé de s'aliter avec de la fièvre et une inflammation violente de l'organe qu'il combattait à l'aide de cataplasmes pendant deux ou trois jours, et qu'un écoulement purulent s'en suivait le plus souvent. Dans son enfance ces souffrances revenaient plus souvent et duraient plus longtemps.—A l'examen j'ai découvert aisément quelque chose de très noir, remplissant le fond du méat. Une sonde que j'ai portée sur ce point n'y causait pas de douleur, malgré que je l'aie poussée avec quelque force. L'objet paraissait rond; j'ai essayé de le contourner avec la sonde, mais il était tout à fait inébranlable. J'ai glissé des pinces, mais il était si serré que malgré que les branches l'eussent saisi il m'a été impossible de le déloger le moins du monde. J'ai eu recours à la seringue; je n'avais pas d'aides, j'ai donc opéré seul, en tirant le pavillon de l'oreille avec la main gauche et en injectant avec l'autre, de telle sorte que le jet d'eau tiède passât au delà du corps noir et allât frapper contre la membrane tympanique. Aussitôt l'objet se releva et s'avança petit à petit et j'ai pu le saisir et l'extraire près du méat. C'était un noyau de cerise qui avait séjourné pendant plus de 20 ans dans l'oreille. Il était très lisse et noir comme du charbon. Cette couleur cependant s'est dissipée en quelques jours par le contact de l'air. Après l'extraction le patient s'est plaint d'un sentiment de froid douloureux dans l'oreille. Le 15 novembre 1844, j'ai dû examiner de nouveau ce malade qui se plaignait encore de l'oreille, et j'y ai découvert un gros morceau de cérumen induré que j'ai remué avec une sonde et extrait à l'aide de pinces. Un côté de cette masse est concave et présente exactement l'empreinte du noyau que j'avais extrait quinze

mois auparavant. Quelques jours plus tard, j'ai examiné encore l'oreille que j'ai trouvée parfaitement nette, seulement les dimensions de son conduit auditif étaient évidemment plus faibles que celles de l'autre. L'auteur ne dit point si l'ouïe est revenue (The Amer. jour. of the med. scien., avril 1845).

Couenne inflammatoire. — Dans un travail sur la couenne du sang dans les maladies inflammatoires, M. le professeur Lanza s'est efforcé de prouver devant le congrès scientifique de Naples que cette matière ne tient pas à une modification de la fibrine durant la maladie, ainsi qu'on l'avait généralement admis, mais qu'elle émane d'un travail sécréteur qui a lieu à la surface interne des vaisseaux enflammée à l'instar des fausses membranes. La matière sécrétée est entraînée dans le sang à l'état liquide, et vient former une véritable fausse membrane à la surface du caillot. La présence de la couenne dans le sang indique donc toujours l'existence d'une artérite soit capillaire, soit des gros troncs. Aussi est-elle très prononcée dans le rhumatisme fébrile, dans les pneumonies, etc., puisqu'il n'y a pas de phlogose sérieuse sans que les artères prennent la part principale du travail morbide. La face interne des artères s'enflamme comme l'endocarde dont elle est une continuation, etc. Cette doctrine de M. Lanza n'est pas neuve, nous la trouvons formellement exprimée dans le compte-rendu de la clinique de M. Giacomini, publié en 1836 par M. Mugna. Voici les paroles du clinicien de Padoue : — « Nous sommes persuadé, dit-il, que la couenne constitue une matière morbide de nouvelle formation, et que cette matière n'est autre que de la lymphe plastique, identique à celle qu'on rencontre sur les parties enflammées, laquelle est sécrétée par la membrane interne des vaisseaux, déjà frappée elle-même d'inflammation, et elle est entraînée et mêlée dans le torrent circulatoiree, etc., etc. »

Correspondance.

Fièvres intermittentes.

Mon cher confrère. — J'ai lu avec un grand intérêt les articles que vous avez publiés concernant les fièvres intermittentes, et les belles recherches des docteurs Biaggi et Gargnani. Dès 1832, lors de l'apparition du choléra, j'ai envoyé au Conseil de santé des armées un Mémoire sur l'homogénéité du choléra et de la pernicieuse algide. La Gazette des Hôpitaux l'a rapporté en avril 1832. Le conseil d'alors y fit peu d'attention; l'idée ne partait pas d'assez haut, et d'ailleurs j'avais pour antagoniste dans ce conseil le docteur Desgenettes : c'était assez pour faire repousser un travail de moi, bon ou mauvais. Mes opinions n'ont pas changé. Je suis certain que, quelle que soit la cause qui produit ces deux genres de maladies, elles sont bien évidemment les mêmes à des degrés différents. — Les belles recherches des docteurs ci-dessus nommés qui croient avoir trouvé le siége et la cause de ces maladies établissent, pour les fièvres intermittentes légitimes, une cardite droite avec une phlébite centrale pour condition pathologique fondamentale, et pour le choléra une phlogose profonde dans les deux sinus du cœur. Ainsi, dans les fièvres intermittentes légitimes, il y a phlogose du cep veineux central droit, tandis que dans le choléra et dans les pernicieuses sans doute, la phlogose régnerait aussi dans le cœur gauche. Au premier abord, ces savantes recherches sembleraient ne laisser aucun doute sur la cause si controversée de ces maladies.

Depuis 1813, époque à laquelle j'ai publié la Topographie de Rome, j'avais rangé les fièvres intermittentes parmi les névroses du système nerveux ganglionnaire, et je m'appuyais sur la variété des symptômes et sur la simulation d'affections organiques qui n'existaient pas réellement, puisque ces affections cédaient aux fébrifuges, et sur les récidives inopinées. Je disais, par exemple, à cette même époque, que nombre de fièvres intermittentes graves, surtout qui n'avaient pas cédé aux fébrifuges, disparaissaient par un excès quelconque ou d'exercice forcé, ou de liqueurs spiritueuses; en un mot, par tout ce qui pouvait intervertir des mouvements anormaux entretenus par une habitude vicieuse du système nerveux. Voyez page 154 de ma Statistique, le premier paragraphe ainsi conçu : « Les fièvres intermittentes simples et pernicieuses sont dues à un mode d'irritation propre au système ganglionnaire déterminé par des causes prédisposantes et efficientes, agissant sur l'innervation générale. » Parcourez, je vous en prie, les dix-huit autres paragraphes, et vous y trouverez toute ma pensée sur cet ordre de maladies, pour ce qui concerne la cause médiate, la négation du miasme paludéen, et par conséquent l'intoxication paludéenne. Malheureusement, les altérations pathologiques, qu'on ne découvre jamais qu'après la mort, ne sont pas toujours l'indice d'une cause morbide réelle. Ne voyons-nous pas des morts de fièvre typhoïde ne pas présenter ces altérations vers la valvule iléo-cœcale que tant de praticiens ont cependant observées? Ne serait-il pas possible que les altérations vues par MM. Biaggi et Gargnani ne fussent que des effets? Remarquez bien que ces observations que je fais tendent bien plus à m'éclairer qu'à nier le fait. Personne ne fait plus de cas que moi des savants italiens, et je suis trop ami du progrès pour le nier quand même. Si nous passons à la thérapeutique de ces fièvres, nous voyons des choses bizarres : les uns guérissent par la ligature d'un ou plusieurs membres, d'autres cèdent à l'émétique, d'autres à des hyposthénisants ou à des hypersthénisants. Il est bien entendu que je n'entends parler que de ces fièvres intermittentes simples, non compliquées de symptômes pernicieux, dans lesquelles le quinquina est l'unique remède connu jusqu'à ce jour. — Dans les récidives, nous voyons que les purgatifs, les bains, les mauvaises digestions, les affections morales, rappellent promptement ces fièvres : ainsi, les puissances nuisibles hyposthénisantes sont une condition de rechute. Cela devrait-il avoir lieu, s'il y a artérite ou phlébite, n'importe?

Comment expliquer les fièvres larvées, ces fièvres lentes, bizarres, qui se fixent, comme je l'ai observé, à une jambe, à un doigt de la main, maladie qui cède à l'administration du quinquina. Une grande question à résoudre est celle-ci : Pourquoi le système nerveux ne serait-il pas le siége de ces maladies? N'est-il pas susceptible de névrilémite? On admet bien la névrilémite du nerf sciatique; pourquoi ne l'admettrait-on pas dans un autre ordre de maladies? Dans des essais comparatifs, on a employé à Rome, en 1810 11-12 et 13, mille moyens divers et d'action dynamique différente, tels que les vins de quina, les éthers, la teinture d'opium, le sulfate d'alumine, ou de zinc, l'ammoniaque, les amers, etc., qui tous ont guéri des fièvres intermittentes simples. Ce qu'il y a de bizarre, c'est qu'on voit des personnes atteintes de fièvre quarte vaquer à leurs affaires les jours d'apyrexie : elles ont bon appétit, elles n'ont aucun engorgement abdominal : il semblerait que c'est un acte qui se répète machinalement par la force d'une habitude contractée par le système nerveux. Il y a, je vous l'ai dit déjà, 30 ans que j'ai publié ces faits. — Agréez, etc. Baron Michel.

— *N. du Réd.* M. le baron Michel nous pose dans cette lettre plusieurs questions pratiques importantes, auxquelles nous essayerons de répondre dans un résumé général que

nous donnerons prochainement de notre première série d'articles sur les fièvres.

FAITS CRITIQUES.

Les toxicologues des chiens.—Un médecin italien, le docteur Curzio, vient de présenter au Congrès scientifique de Naples un appareil en bois ayant pour but d'empêcher les chiens de vomir, dans les expériences toxiques, sans qu'on ait besoin de leur pratiquer cette opération barbare de la ligature de l'œsophage; opération grave, enfantée par des hommes de laboratoire, étrangers à la médecine et à la physiologie, opération qui, ainsi que nous l'avons démontré il y a longtemps, complique fâcheusement les expériences, puisqu'elle altère nécessairement la faculté absorbante et digestive de l'appareil gastrique; que, d'ailleurs, elle retentit diversement sur le système nerveux, l'œsophage recevant, comme on sait, beaucoup de nerfs, à l'instar de l'autre extrémité du canal digestif, le rectum; opération inutile, au surplus, puisque, quand le poison est administré convenablement, les animaux meurent comme l'homme, malgré le vomissement; par la raison que quand le vomissement se déclare l'absorption est déjà faite, le vomissement n'étant, dans l'espèce, qu'un symptôme, un phénomène d'une action dynamique déjà accomplie, etc., quoi qu'en dise M. Orfila, qui malheurement n'est pas en état de comprendre des questions de haute médecine. Nos raisons ont été goûtées par tous les jeunes savants qui s'occupent de toxicologie, et l'on a de toutes parts renoncé depuis à la ligature de l'œsophage. M. Curzio a pensé qu'on pouvait empêcher les chiens empoisonnés de vomir en les tenant debout et en plaçant par là les muscles de la partie antérieure du tronc dans un état permanent de contraction; son appareil n'a pas d'autre but. C'est une sorte de cage mécanique très simple, en bois, qui tient forcément l'animal debout, c'est-à-dire avec le train de devant et la tête en l'air pendant toute la durée de l'expérience, et il assure, que de la sorte, les chiens ne vomissent point le sublimé corrosif, ni même le tartre stibié qu'on leur ingère à dose toxique. L'auteur propose l'usage de cette machine pour remplacer la ligature de l'œsophage. — L'idée dont il s'agit mérite d'être expérimentée. Nous avons, il y a quelques années, été appelé par un médecin de Paris, M. B..., auprès d'une femme qui se mourait d'un vomissement incessant qui durait depuis neuf jours, par suite de métrorrhagies abondantes; la maigreur de la malade était telle qu'on voyait l'estomac se contracter au dessous des téguments à chaque vomissement. Nous eûmes l'idée de porter une main à plat à l'épigastre, de comprimer l'estomac et de l'empêcher mécaniquement de se contracter. Le vomissement a été arrêté de la sorte, chaque effort nouveau, que provoquait une cuillerée d'eau, de bouillon ou de tout autre liquide, étant réprimé par la main. Cette manœuvre a dû être continuée pendant deux ou trois jours; la femme guérit. Ce fait viendrait à l'appui de l'idée de M. Curzio, qui trouve dans la compression du ventre un moyen propre à s'opposer au vomissement chez les animaux. C'est à l'experience à prononcer.

M. Rochoux et le contro-stimulisme. Dans la séance du 16 décembre de l'Académie royale de médecine, M. Rochoux, voulant combattre la méthode du tartre stibié à haute dose que M. Gimelle a fait valoir avec tant d'avantage contre l'hydropisie articulaire, a allegué, pour couper court à la discussion, une fin de non recevoir : il a dit, en présence des faits péremptoires de M. Gimelle, que la méthode italienne était *une chimère*, *une absurdité*, cette méthode n'ayant jamais guéri une pneumonie ni une seule hydrarthrose. Demandez à M. Rochoux sur quoi il base cette assertion; s'il a jamais employé ou vu employer cette méthode; s'il en connaît même les principes, le mode d'application? Il vous répondra négativement, puisque le contro-stimulisme ne se trouve pas dans le livre favori de M. Rochoux, le seul peut-être qui ait jamais fixé sérieusement son attention, les OEuvres d'Épicure.

Merveilles de l'humorisme.—Dans un compte-rendu des malades traités dans un des hôpitaux de Paris pendant l'année 1844, on lit les phrases suivantes, à propos de la fièvre typhoïde : « Nous pensons, dit l'auteur, que la fièvre typhoïde consiste dans une altération du sang; il s'agit donc de débarrasser les premières voies, et de combattre ensuite cette altération par des toniques et des antiseptiques. C'est pour cela que la limonade est prescrite, et peut-être contribue-t-elle à reconstituer le sang? » (Gazette des des Hôp., 6 déc.) — Ainsi donc la fièvre typhoïde ne serait que la conséquence d'une altération du sang! Quelle merveille, une fièvre dans le sang! Les phénomènes de la fièvre cependant appartiennent exclusivement aux solides, à moins d'admettre, ce qui est absurde, que le délire, le coma, l'abattement général, la dyspnée, le trouble fonctionnel du cœur, l'irritation des bronches, l'éruption intestinale, etc., ne seraient que des effets secondaires de la prétendue altération du sang. De quelle nature serait-elle donc cette altération? On ne s'explique pas! Pourtant, au début, le sang n'est pas altéré et les symptômes ci-dessus existent déjà. On part d'une pareille hypothèse pour poser ensuite une indication bizarre : débarrasser les premières voies et donner des toniques! Comment! la maladie est déjà enracinée dans le sang, et vous voulez débarrasser les premières voies? Singulière logique! Qu'y a-t-il donc dans ces voies quand un malade est, par exemple, à la diète depuis plusieurs jours? D'ailleurs, nous le répétons, si votre prétendu ferment se trouve déjà dans le sang, à quoi bon débarrasser les premières voies? il marchera de lui-même. Et puis, le grand tonique qui doit reconstituer le sang, c'est la limonade!!!

Le citron opérerait donc sur le sang vivant comme les acides sur le lait, qui le dédoublent en caséum et en sérum? Non seulement tout cela est dépourvu des plus simples principes de la saine médecine, mais encore inepte, ridicule, absurde! C'est là, dans cette déplorable voie retrograde, que conduit l'humorisme du jour! On ne s'en doute pas cependant!!

BIBLIOGRAPHIE.

Médecine physiologique, par M. Bigeon, D.-M., 1 v. in-8° de 248 pages. Paris, 1845, chez Juste Rouvier, lib., rue de l'Ecole de Méd., 8.

Mélanges de chirurgie, par M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. 1 vol. in-8° de 302 p. Paris, 1845, chez Baillière, lib.

Mémoire sur les calculs des fosses nasales, par M. Demarquay, aide d'anat. à la Fac. de Méd., interne des hôpitaux. Paris, 1845, chez Rignoux, imprimeur, rue Monsieur-le-Prince, 29 bis.

Du suicide considéré comme maladie, par M. le docteur C. E. Bourdin, broch. in-8° de 95 pages. Paris, 1845, chez Fortin, Masson et comp., place de l'Ecole de Méd., 1.

De la nevrite, par M. le docteur Charles Dubreuilh, de Bordeaux. Broch. in-8° de 119 p. avec une planche. Montpellier, chez Grollier, libr.

Traité des métastases, par M. le docteur Bellini. Broch. en italien. 1845.

De la variole et de la vaccine, par M. le docteur A. Cugino. Broch. en italien, de 71 pages. Padoue, 1845.

Paris. — Imprimerie de LACOUR et C.,
rue St-Hyacinthe-St-Michel, 33.

Troisième Année. Ce Journal paraît le Ier de chaque mois. N° 11. — Février 1846.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

ET

DE TOXICOLOGIE.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.
» Alibert. »

—

Eaux minérales des Pyrénées (3e *article*).

Eaux-Bonnes (*sulfureuses thermales*).

§ 1. *Topographie hydrologique*. Dans les deux derniers articles nous avons envisagé les eaux minérales des Pyrénées à un point de vue général. Entrons aujourd'hui dans l'étude spéciale de chaque source, en les suivant pas à pas par ordre géographique, de l'Occident à l'Orient, et d'après les rapports naturels de voisinage que chaque établissement présente avec l'ancienne capitale du Béarn, ville si célèbre, si remarquable à tant d'égards au point de vue de l'histoire; si importante, d'ailleurs, sous le rapport de l'hydrologie médicale des Pyrénées : nous voulons parler de Pau, résidence des anciens souverains du Béarn, patrie de Henry IV et de ce soldat heureux de Bonaparte, Bernadotte, mort naguère roi de Suède. En prenant Pau pour point de départ des excursions hydrologiques que nous aurons à faire dans l'immense chaîne des Pyrénées, nous avons voulu nous ménager l'opportunité de ramener l'attention des médecins sur les avantages que certains malades peuvent retirer de la pratique déjà adoptée, de continuer pendant l'hiver l'usage du liquide réparateur et de l'atmosphère bienfaisante du climat pyrénéen.

Les sources de Bonnes se présentent donc les premières à notre examen dans l'ordre que nous avons adopté. Ces sources sont du genre des sulfureuses thermales, elles jouissent de vertus thérapeutiques extrêmement remarquables, et ont donné naissance à l'un des établissements les plus importants des Pyrénées. Nous devons par conséquent les étudier avec soin. — Quel que soit le lieu lointain d'où l'on part, l'on ne doit viser d'abord qu'à se rendre à Pau, chef-lieu du département des Basses-Pyrénées, situé à 42 kilomètres (10 lieues de poste) de Bonnes. C'est de là qu'on se fait ensuite transporter à l'établissement thermal. — De Paris, on peut se rendre à Pau par la voie de Limoges ou par celle de Bordeaux; cette dernière est préférable. De Bordeaux à Pau il y a 200 kilomètres. Ces distances, cependant, seront considérablement raccourcies et les itinéraires changés, lorsque les chemins de fer auront été organisés. — Le trajet de Pau à Eaux-Bonnes offre un véritable intérêt au point de vue hydrologique. La nature semble en effet avoir été singulièrement prodigue en eaux de toutes sortes dans cette région, et l'on pourrait dire, sans exagération, que depuis l'ancienne capitale du Béarn, jusqu'au fond de la vallée d'Ossau, siége des Eaux-Bonnes, le sol n'est pour ainsi dire qu'un immense arrosoir superposé à des rivières souterraines. Dans le trajet de Pau à Bonnes, quatre localités méritent surtout de fixer notre attention au point de vue hydrologique : ce sont Gan, Rébénac, Néez et Sévignac. Ces quatre localités se succèdent à peu de distance entre elles, et sont traversées par la route royale qui nous conduit à Eaux-Bonnes.

Gan, premier village qu'on rencontre après le Jurançon en sortant de Pau, à 8 kilomètres de cette ville, présente une source d'eau minérale froide, avec une piscine entourée d'une petite construction portant la date de 1748. Cette source, connue sous le nom de *Bains de Gan*, n'est guère fréquentée, si ce n'est par quelques personnes du pays. Nous en avons en vain cherché la description dans les traités d'hydrologie minérale; elle n'est même pas indiquée chez la plupart. On trouve cependant dans l'ouvrage de MM. Mérat et Delens (matière médicale) une légère mention sur cette source, d'après une lettre de Bergerou, mé-

decin de Pau, imprimée en 1740, et d'après les écrits de Bordeu. Dans ses recherches sur les eaux minérales des Pyrénées, ce dernier auteur parle effectivement des eaux de Gan, mais assez ironiquement. « La ville de Gan, dit-il, que nous regardons presque comme un village et qui mériterait beaucoup plus le nom de ville si elle n'était pas si près de Pau, ne cesse de vanter les vertus miraculeuses de ses eaux; elle est à une lieue de notre capitale, dont elle oserait presque se dire la rivale; elle nous voudrait posséder tous pour nous mettre à portée de profiter de ses trésors; ses habitants sont pleins de zèle, ils sont tous médecins, ils sont tous occupés à chanter les merveilles de leurs sources » (17e Lettre). D'après les détails que Bordeu donne sur cette lettre, il s'agit tout simplement d'une eau ferrugineuse et légèrement saline, assez efficace dans plusieurs maladies faciles à deviner. Il y a là réellement deux sources, mais une seule appartient à la commune; elle donne 20 litres par heure, dit l'auteur. Cette source paraît au reste n'avoir été découverte que vers le commencement du XVIIIe siècle. Aujourd'hui : « le conseil municipal de Gan fait les efforts les plus louables pour ressusciter ces eaux et leur rendre la vogue qu'elles ont eue du temps de Bordeu... La commune a fait planter depuis longtemps et entretient avec soin autour de l'établissement une jolie promenade dans un site pittoresque; elle n'attend plus que les baigneurs » (Itinéraire de Pau aux Eaux-Bonnes et aux Eaux-Chaudes. Pau, 1844). Nous reviendrons sur les eaux de Gan lorsque nous parlerons des malades étrangers qui s'installent l'hiver dans les Pyrénées.

Rébénac, autre village situé sur la même route, à 16 kilom. de Pau, offre une source thermale sous-aquatique, qui a été découverte en 1843. Des pêcheurs de truites éprouvaient, chaque fois qu'ils arrivaient à un certain point du lit d'une petite rivière dite de Néez, une sensation vive de chaleur. Ils avaient même pris l'habitude de venir en cet endroit réchauffer leurs membres refroidis par les eaux des autres parties du ruisseau. Des personnes qui avaient eu connaissance de ce phénomène en recherchèrent la cause. Elles ne tardèrent pas à se convaincre qu'une source d'eau thermale existait dans le lit du Néez, à 30 pas environ de la route royale qui traverse le village. Cette découverte donna bientôt l'éveil à quelques industriels, et des propositions ne tardèrent pas à être faites à la commune pour une concession. Cette source, cependant, continue encore à se perdre dans l'eau courante.

La petite rivière dont nous venons de parler marche parallèlement à la route royale et accompagne celle-ci depuis Rébénac jusqu'à Pau où elle se jette dans le Gave. Sa source émane à quelque distance de la commune de Rébénac, par un jet volumineux sortant du sein d'un rocher avec une grande puissance. Ce jet vomit sans cesse des poissons vivants, en particulier des truites excellentes, ce qui rappelle les puits artésiens des oasis d'Egypte dont nous avons parlé dans une autre occasion. Les sources du Néez jaillissent ainsi du sein des montagnes, leur température doit être constante. Ces sources cependant se troublent aisément dans les temps pluvieux, ce qui, joint à leur température athermale, fait supposer que leurs eaux n'émanent pas d'une grande profondeur. Nous ne pensons pas, par conséquent, qu'il s'agit là d'un puits artésien naturel, ainsi que le soutient l'auteur de l'*Itinéraire* que nous venons de citer, les nappes artésiennes se comportant autrement. Dans notre opinion, les véritables puits artésiens naturels sont toutes les sources minéro-thermales. Nous avons déjà traité ailleurs cette question.

Sévignac, enfin, qui est aussi un autre village traversé par la route de Pau à Bonnes, placé précisément à mi-chemin entre ces deux localités, présente à son tour deux petites sources minérales, dont l'une sulfureuse, l'autre ferrique. On ne trouve dans aucun des écrits que nous avons compulsés l'indication de ces deux sources; pas même dans Bordeu, qui pourtant était originaire de ce pays, précisément d'un petit hameau appelé Iseste, placé à 4 kilom. de Sévignac. — D'autres petites sources minérales plus ou moins importantes se rencontrent dans les environs de Bonnes et d'Eaux-Chaudes, surtout dans la vallée d'Aspe : nous en parlerons plus loin.

Disons en dernier lieu, comme un souvenir intéressant pour la science que, à côté de Laruns, dernier village qu'on rencontre dans le trajet de la grande route de Pau à Bonnes, est une petit hameau nommé Bagès-Béost, rendu célèbre par l'habitation d'un homme supérieurement organisé, du nom de Sacaze ou de Gaston Sacaze, qui de simple pasteur est devenu aujourd'hui l'un des naturalistes praticiens les plus remarquables du midi de la France. Il est surtout fort en botanique; Il s'adonne depuis quelques années à la géologie et à la météorologie, tout en continuant sa profession de pasteur; il n'est âgé que de 40 et quelques années; son herbier est, dit-on, des plus beaux. Le ministre, M. Villemain, en ayant été informé, lui a fait parvenir dernièrement quelques livres et des instruments de physique d'un prix élevé, et Sacaze s'en sert avec le plus grand avantage. Ils n'est presque pas de baigneur instruit d'Eaux-Bonnes ou d'Eaux-Chaudes qui n'aille visiter cet homme de la nature.

Nous voici dans le village d'Eaux-Bonnes, à un quart de lieue d'Aas, chef-lieu de sa commune, à 748 mètres (2100 pieds) au dessus du niveau de la mer. Nous nous trouvons dans l'impasse de la vallée d'Ossau, sorte de gorge ou de vallon sémi-circulaire, terminé par la montagne de Lacoume, contre laquelle le village de Bonnes se heurte et se termine. C'est là qu'est l'établissement thermal, adossé pour ainsi dire contre les plus hautes montagnes et entouré d'une multitude d'hôtels garnis d'une élégance remarquable, et pouvant loger près de deux mille voyageurs. Une rivière le cotoie, c'est le Valentin, qui va se jeter dans le Gave d'Ossau; une autre petite rivière le traverse, c'est la Soude, sorte de torrent qui va rejoindre le Valentin. « Ainsi clos et environné de montagnes élevées, Bonnes se trouve à l'abri de tous les vents et éprouve bien moins que toutes les autres localités thermales ces changements brusques de

température si fréquents dans les Pyrénées. Ouvert seulement vers le nord-ouest, le village est encore protégé contre les vents qui soufflent dans cette direction, car, dans leur course rapide, ils suivent le bassin du Gave dont ils remontent le cours pour s'échapper par le col de Tortes et laissent sur le côté droit les Eaux-Bonnes protégées par la naissance de la montagne de Pobs. Ne croyez pas, cependant, qu'enfoncé dans une sorte d'entonnoir, ce village soit privé des rayons bienfaisants du soleil; il y luit du matin au soir les trois mois de l'année où les étrangers abondent, et jamais cependant on n'y éprouve de ces chaleurs accablantes qui sembleraient être le résultat nécessaire de la conformation du terrain. Ce site est trop élevé, l'air y est trop raréfié pour que la chaleur atteigne au delà d'une douce température; résultat heureux auquel concourt aussi la belle végétation des montagnes environnantes.» (Dr Vastel, Guide aux Eaux-Bonnes, p. 13, Paris, 1838). Une observation curieuse, c'est qu'on n'a pas de souvenir de la chute de la foudre dans le village de Bonnes, ce qui peut tenir à la présence des montagnes élevées, des pics titaniques qui l'environnent et le dominent et qui font probablement l'office de paratonnerres.

L'établissement thermal est assis sur le rocher lui-même d'où émanent les eaux minérales. Ce rocher est connu depuis l'antiquité sous le nom de *Butte-du-Trésor* (par allusion, probablement, aux propriétés précieuses des eaux). Les sources, au nombre de trois, y sont renfermées et alimentent onze baignoires en marbre, deux douches et une buvette. La buvette, c'est la partie principale, car l'eau de Bonnes ne s'administre généralement qu'intérieurement. Construit en 1837 aux frais de la commune d'Aas, à laquelle il appartient, cet établissement a coûté 97,500 fr. Les trois sources sont distinguées par les noms de: *Source vieille*, *Source nouvelle*, *Source d'en bas* ou *de la Douche*. Prises ensemble, ces trois sources donnent par 24 heures, 28,800 litres d'eau. Indépendamment de ces sources, il en est deux autres qui ne sont pas closes et dont on ne se sert presque pas; l'une est appelée *Dortechg*, elle est tiède et était en usage du temps de Bordeu; l'autre est nommée la *Source froide*, celle-ci est employée dans quelques cas particuliers dont nous parlerons plus loin. «Outre cela on entend, dit Bordeu, et on trouve de l'eau de la même nature, qui se perd dans plusieurs fentes des roches.» (Lettre 8e). Ces filets dont parle Bordeu se trouvent aujourd'hui recueillis et encaissés dans l'établissement. «La source dite la *Vieille*, du moins celle qui fait la réputation de l'établissement, s'échappe à hauteur d'appui, de la montagne calcaire qui domine verticalement les maisons. Cette montagne, ou plutôt le vaste roc connu sous le nom de *Butte-du-Trésor*, est couronné d'un bois très épais, lequel est découpé symétriquement de manière à en faire une promenade. On arrive par un sentier longuement sinueux et rapide au sommet de ce roc; là il existe un plateau d'où l'on découvre au nord le plus beau et le plus gracieux paysage.» (Léon Marchand, Eaux min. des Pyrénées, p. 189). La quantité d'eau que fournissent les trois sources closes suffit et au delà pour 4000 malades. On se baigne peu à Bonnes; cependant on ne néglige pas l'usage de la douche, des bains de pieds et des bains de siége. Dans la saison dernière (1845), on a inscrit sur les registres d'Eaux-Bonnes 1700 buveurs, et l'on a administré environ 4000 bains entiers et demi-bains. On évalue à un milion de francs environ la dépense que font dans le pays, chaque année, les malades qui se rendent à Eaux-Bonnes.

Depuis l'année 1838, l'établissement des Eaux-Bonnes a été affermé à M. Cazaux, pharmacien dans le pays, homme recommandable par sa probité et son intelligente activité. Le nombre des malades a presque doublé à Bonnes depuis l'administration de M. Cazaux, et l'eau de l'établissement se trouve exportée chaque année en bouteilles dans presque toutes les parties du monde. Le nombre des bouteilles exportées l'année dernière a été de 80,000. Un dépôt de ces eaux existe à Paris, rue de Grenelle-Saint-Honoré, no 44. Le médecin inspecteur actuel d'Eaux-Bonnes est M. le docteur Darralde, praticien distingué, consciencieux, d'une grande expérience, quoique jeune encore, généralement estimé dans le département et aimé par les visiteurs de Bonnes. La saison des eaux commence le 1er juin et finit le 1er octobre.

§ 2. *Historique. Conditions physiques et chimiques* (au prochain numéro).

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

Eaux iodurées et bromurées. — M. Cantù, professeur de chimie à Turin, vient d'analyser les eaux sulfureuses thermales de Louëche (Bade, dans le Valais) et il y a découvert de l'iode et beaucoup de brome. Cette découverte si précieuse, qui, n'en doutons pas, sera confirmée encore dans une infinité d'autres sources auxquelles on ne s'attend pas, en particulier dans toutes celles des Pyrénées, rend déjà compte de l'efficacité remarquable de ces eaux. On sait qu'à Louëche l'usage est que les baigneurs restent huit, dix, douze heures par jour dans l'eau des piscines; qu'ils absorbent ainsi une quantité considérable de liquide. On avait cru que ces eaux n'étaient presque pas minéralisées. (Gior. d. sc. med. di Torino.)

Eaux boraciques thermales. — Nous avons déjà plusieurs fois essayé de faire comprendre que la division adoptée, jusqu'ici, des eaux minérales en cinq groupes, savoir : en eaux carboniques, sulfureuses, ferriques, salines et iodées, n'était plus en rapport avec l'état actuel des connaissances. Nous avons décrit (t. 2, p. 286) les eaux *naphteuses thermales*, d'après un admirable travail analytique du professeur Ragazzini de Padoue, et qu'on ne pouvait faire entrer dans aucune des catégories précédentes. Voici maintenant une autre espèce d'eau thermale qu'on vient de découvrir en Toscane et dont l'un des principes dominants paraît être l'acide borique libre, ce qui l'exclut pareillement du cadre ci-dessus énoncé. L'eau dont nous voulons parler a été découverte, dernièrement, à côté des fameux lacs volcaniques de Montecerboli, province de Volterra, d'où l'on extrait, depuis 1830, la plus grande quantité d'acide borique qu'on trouve dans le commerce, en Europe et ailleurs. On sait que l'acide borique est à l'état natif dans ces lacs goufreux qui communiquent avec une multitude de petits volcans en activité, et que les anciens poètes considéraient comme l'Averne conduisant aux Enfers; aussi avait-on donné le nom latin de *Mons Cerberi* à la montagne qui côtoie cette localité, et c'est de ce nom qu'on a fait, par corruption, l'appellation actuelle de Montecerboli. Les eaux thermales dont il s'agit présentent quatre sources abondantes, peu différentes, entre elles, quant à la composition chimique; elles offrent des températures diverses de 30 à 54° c. M. Targioni-Tozzetti, chimiste distingué, vient de faire sur ces sources un travail analytique qu'il a publié dans le dernier numéro de la *Gazzetta Toscana delle scienze medico-fisiche* (5 janv. 1846). Il a pris pour type quantitatif une livre médicinale d'eau, savoir : 12 onces ou 360 grammes. Sur cette quantité, ses analyses lui ont fourni le tableau suivant :

EAU, 12 onces (360 gram.)	Source n° 1	Source n° 2	Source n° 3	Source n° 4
	grains.	grains.	grains.	grains.
Mat. organ. bitumineuse, soluble dans alcool	1,5000	1,5626	2,3000	0,8067
Mat. extractive organique, soluble dans l'eau	1,9800	2,2800	2,8000	1,5400
Chlorure de sodium	0,8411	0,8411	0,8411	0,6542
Carbonate de chaux	3,8095	3,8094	3,8094	2,9629
Sulfate de chaux	11,5302	11,5302	11,5302	8,9680
— de magnésie	2,3616	2,5616	2,3616	1,8368
— d'alumine	1,9597	1,9598	1,9598	1,5242
Acide borique libre	2,6426	2,2800	1,0226	2,3553
Acide silicique	0,3753	0,3753	0,3753	0,2919
Fer, probablement sulfaté	traces.	traces.	traces.	traces.
Total grains	27,0000	27,0000	27,0000	21,0000
centim. cubiques				
Acide carbonique	67,0	75,29	65,88	47,0
Acide sulfhydrique	0	0	11,566	0

On voit déjà, par ce tableau, que cette eau diffère beaucoup de nos eaux minérales ordinaires. L'auteur fait remarquer que, malgré ses recherches analytiques minutieuses, il n'y a pu découvrir ni acide fluorique, ni acide phosphorique, ni potasse, ni iode, ni brome. On doit faire toujours grand cas d'une source thermale, alors même qu'elle ne serait pas minérale, une eau à 54° pouvant servir à une multitune d'usages et remplacer, par son calorique, une mine de charbon ou une forêt de quelque étendue. On ne connaît pas suffisamment, jusqu'ici, les effets thérapeutiques de l'acide borique et de l'acide silicique. Dans cette eau, cependant, ces éléments se trouvent associés à beaucoup d'acide sufurique à l'état de sulfate, et à de l'huile de naphte, sous forme de matière bitumineuse organique. Il en résulte un composé mixte qu'on peut d'avance caractériser d'énergique, mais dont il reste encore à déterminer la valeur par l'expérience clinique. Nous reviendrons sur ces eaux quand nous décrirons les eaux de la péninsule italienne par ordre géographique, notre projet étant de donner dans ce journal un traité complet d'hydrologie minérale du globe, dont la science manque jusqu'à ce jour. C'est là un sujet du plus haut intérêt thérapeutique, et dont la connaissance approfondie ne peut être négligée désormais que par les médecins et chirurgiens incomplets.

Inventaire général des eaux minérales de France. — Soixante-dix-neuf départements sont signalés par les ingénieurs du gouvernement comme possédant des sources minérales; la situation de ces sources est en connexion intime avec la nature géologique du sol; les sources minérales abondent particulièrement dans certaines régions montagneuses dont le sol est composé de roches cristallines, plutoniques et volcaniques, ou des roches de sédiment portant une profonde empreinte des révolutions de la surface du globe. C'est ainsi que sur 864 sources énumérées dans le travail de MM. les ingénieurs, 756 se rattachent directement aux divers systèmes de montagnes; il n'y en a que 108 qui appartiennent réellement aux pays de plaine, c'est-à-dire qui sourdent de terrains de sédiment dont les roches, ayant conservé leur horizontalité primitive, n'ont été que peu modifiées par les révolutions qui ont donné naissance aux chaînes des montagnes. La plupart des eaux minérales propres au pays des plaines ont la température des sources ordinaires, et ne tiennent guère en dissolution que des principes ferrugineux. Elles sont en général le résultat de la réaction des eaux pluviales sur les terrains voisins de la surface; sauf un très petit nombre d'exceptions, elles n'ont que des propriétés peu prononcées. — Les sources des montagnes présentent deux subdivisions principales : les unes, très nombreuses, produit d'une action toute superficielle des eaux pluviales, sont entièrement identiques avec les sources des pays de plaines; elles ne méritent ordinairement aucune mention et restent même généralement ignorées dans des contrées où abondent des sources douées de propriétés très énergiques. Les eaux minérales de la deuxième catégorie paraissent pour la plupart acquérir leurs propriétés distinctives à d'assez grandes profondeurs au dessous de la surface du sol : elles contiennent une forte proportion de principes minéraux, non exclusivement ferrugineux. — Eu égard à leur importance thérapeutique, les eaux minérales de France peuvent, dans une étude sommaire, être divisées en trois catégories : les sources thermales, 474; les sources froides non exclusivement ferrugineuses, 218; et les sources froides exclusivement ferrugineuses, 172. Elles se rattachent à sept régions principales : les Pyrénées, les montagnes centrales, les Vosges, les montagnes du nord ouest, des Alpes, du Jura, de la Corse, des Ardennes et du Hainaut; enfin dans les pays de plaines, et principalement dans le bassin géologique de Paris.

CLINIQUES MÉDICALES.

QUESTIONS SPÉCIALES.

Les maladies régnantes dans les hôpitaux de Paris paraissent en ce moment offrir quelque particularité digne de remarque. L'on voit dominer, d'une part, presque épidémiquement les phlegmasies pelviennes chez les nouvelles accouchées. L'utérus ne revient que très lentement sur lui-même, le tissu cellulaire des fosses iliaques, ainsi que celui de la face externe du péritoine, et quelquefois aussi le péritoine lui-même s'enflamment, s'engorgent; il en résulte des duretés, des tumeurs de longue durée, qui suppurent dans quelques cas. Presque tous les services présentent des exemples de ce genre; nous avons résumé dans un article substantiel que l'on va lire ci-après les conditions les plus importantes de ces cas, et nous avons essayé de nous élever à des considérations générales pratiques. D'autre part, sont des fièvres continues, dites typhoïdes, mais avec engorgement notable de la rate, et s'accompagnant de frissons périodiques. Ces cas qui

existaient en petit nombre le mois dernier lorsque nous leur avions consacré un article (V. dern. n°, p. 382) se sont multipliés remarquablement aujourd'hui. M. Rayer continue à les attaquer avec un succès complet à l'aide du sulfate de quinine à la dose de 60 centig. à 1 gram. par jour (12 à 20 grains) et de ventouses scarifiées sur la région splénique. L'état humide de l'atmosphère qui règne depuis quelque temps sur l'horizon de Paris explique peut-être la tendance actuelle des fièvres continues. Les pneumonies, les pleurésies, les rhumatismes aigus qui encombrent tous les hivers les salles de nos hôpitaux ne se voient qu'en petit nombre et avec peu de gravité cette année. Cela tient-il au peu d'intensité du froid jusqu'ici, comparativement aux autres hivers, ou bien à d'autres causes que nous ignorons? Constatons seulement le fait et faisons remarquer que les pneumonies actuelles sont si peu intenses qu'une, deux, trois saignées tout au plus, suffisent, avec des potions modérées de tartre stibié, pour en faire prompte justice. En ville, il règne depuis quelque temps, des ophthalmies intenses, frisant le phlegmon oculaire, chez des sujets adultes, surtout des femmes robustes. Le mal débute sous forme de kératite, puis, se complique d'iritis, les membranes profondes se prennent, l'œil se gonfle et l'affection s'accompagne de fièvre et de souffrances atroces. Les larges saignées du bras, produisent les meilleurs effets; le sang est très couenneux, à caillot retroussé sur les bords comme dans la pneumonie ou dans le rhumatisme fébrile. Telles sont les impressions générales du moment. Entrons dans quelques détails.

Les phlogoses pelviennes post-puerpérales dont nous avons déjà parlé dans le dernier numéro, appellent plus sérieusement encore aujourd'hui notre attention, à l'occasion de plusieurs cas de ce genre qui se présentent en ce moment dans divers services des hôpitaux, en particulier dans les salles de M. Rayer à la Charité. Cinq ou six jeunes femmes, nouvellement accouchées, la plupart primipares, ont été dans l'espace de peu de jours reçues dans ce service pour des douleurs hypogastriques, cantonnées le plus souvent dans la fosse iliaque interne, droite ou gauche, s'étendant chez quelques-unes sur tout le périmètre supérieur du bassin, se prolongeant chez d'autres à la vessie ou même à la cuisse, dans la direction du nerf sciatique, et simulant l'affection connue sous ce dernier nom. A l'examen, on trouve une dureté dans une fosse iliaque, quelquefois dans les deux, s'étendant plus ou moins vers la ligne médiane, et constituant une sorte de tumeur, mal circonscrite, du volume du poing, des deux poings ou des deux mains ouvertes. Cette dureté, extrêmement sensible au toucher, a évidemment pour siége le tissu cellulaire de la région correspondante, et celui de la face externe du péritoine. Dans quelques cas, la dureté formait une sorte de ceinture, d'une fosse iliaque à l'autre; et dans un cas que nous avons vu dans le service de M. Cruveilhier, la dureté était bornée tout à fait en avant, comme une sorte de plaque placée au dessus des pubis, de la largeur de la paume de la main. Lorsque le mal était intense, aigu, il s'accompagnait de fièvre, de sécheresse à la peau, avec tympanite douloureuse, frisant la péritonite, langue rouge et pointue, anxiété générale, altération spéciale de la physionomie. Dans quelques cas, l'utérus lui-même était développé. Lorsque le mal prenait de l'extension, il gagnait l'excavation pelvienne et la vessie elle-même. Dans un cas, la tumeur a passé à la suppuration en comprenant la vessie dans ce travail; l'abcès qui a proéminé du côté du bord externe du muscle droit a été ouvert par M. Velpeau, dans le service de M. Rayer, et le pus était mêlé d'urine. De l'urine a coulé ensuite par cette ouverture, et du pus s'est échappé par l'urètre. Cette femme était déjà si faible lorsqu'elle a été reçue à l'hôpital qu'elle a fini par succomber. A l'autopsie, on a trouvé un double foyer purulent : l'un dans la fosse iliaque gauche, très étendu; l'autre, en avant, vers la ligne médiane, s'étendant dans l'autre fosse iliaque. La vessie était enflammée; on n'avait pu cependant sur le cadavre découvrir l'ouverture de communication avec cet organe; d'autres recherches cependant l'ont mise en évidence. Dans un autre cas que M. Rayer a traité en ville, le mal a suppuré, et l'abcès est venu faire saillie tout à fait à l'arcade crurale, à travers le canal de ce nom. M. Roux l'a ouvert avec précaution, ce qui a donné issue à une quantité énorme de pus. Cette malade a fini par guérir, après avoir couru les plus grands dangers. Ce qu'il y a eu de plus remarquable dans ce cas, c'est la forme du mal dans son début, qui imitait tout à fait une sciatique aiguë fort intense. On comprend, au reste, comment l'inflammation peut dès le commencement s'étendre à la gaîne du nerf sciatique ou des autres nerfs qui rampent vers la région iliaque. On n'avait vu dans le principe, chez cette malade, qu'une sciatique, et ce n'est que plus tard qu'on a, par le toucher, découvert un engorgement douloureux dans le tissu cellulaire profond de la fosse iliaque, ce qui a fait reconnaître la véritable nature de l'affection.

Chez deux des malades de la clinique de M. Chomel l'affection de la fosse iliaque n'a été que peu intense, mais elle a offert ceci de remarquable que, chez l'une, la phlogose n'était pas liée à un état puerpéral, au dire de la malade, la seule fatigue étant accusée par elle, et que, chez toutes deux, le mal a laissé à sa suite un nucléon indolore, du volume d'un œuf de poule; sorte d'induration, d'engorgement plastique du tissu cellulaire, que M. Chomel a vu quelquefois persister pendant deux à trois mois, mais qui finit par se dissiper spontanément à la longue. Chez une autre malade du service de M. Andral à la Charité, le phlegmon pelvien présente ceci de particulier qu'il s'est déclaré vers le douzième jour après les couches, avec accompagnement de péritonite partielle. Tout le côté gauche était gonflé et douloureux jusqu'à l'ombilic; le phlegmon était large et illimité : une forte application de sangsues a abattu les symptômes de péritonite et la fièvre. On a pu alors palper, circonscrire avec les

doigts cette tumeur qui offre des conditions insolites: elle s'étend de bas en haut, depuis l'arcade crurale jusqu'auprès de l'ombilic. M. Andral croit qu'il y avait là une ancienne tumeur de l'ovaire qui se serait enflammée après l'accouchement, puisqu'elle ne lui paraît pas appartenir aux engorgements limités à la fosse iliaque. Il nous a semblé cependant, d'après l'examen que nous en avons fait, qu'il s'agit plutôt d'un engorgement large du tissu cellulaire extra-péritonéal, ainsi que nous l'avons observé chez d'autres, soit sur la même région, soit tout à fait en avant vers le milieu de l'hypogastre, au dessus du pubis. Disons enfin que, chez une autre femme couchée dans le service de M. Jobert à Saint-Louis, la phlogose iliaque présentait une grande similitude avec celle de la malade précédente, elle offrait en même temps un ramollissement hématique au col utérin; on l'a traitée, pour cette maladie, à l'aide du fer rouge, et l'affection iliaque s'est dissipée en même temps que celle du museau de tanche. Deux nouvelles malades sont en ce moment dans le service de M. Cruveilhier; chez l'une le phlegmon iliaque a suppuré, on l'a ouvert, elle va bien, ainsi que l'autre chez laquelle l'affection est restée à l'état d'induration.

L'on voit déjà par l'énoncé précédent, qu'il s'agit d'une affection sérieuse, puisqu'elle peut se terminer par la mort. M. Rayer a adopté dans la période aiguë ou fébrile un traitement énergique que nous devons signaler. Il pratique d'abord des saignées abondantes et répétées du bras, absolument comme dans les pneumonies intenses, et il les répète jusqu'à la chute de la fièvre et de la douleur; puis il applique de larges vésicatoires volants sur le lieu de l'engorgement, et prescrit en même temps des purgatifs journaliers. A l'aide de ce traitement, le mal a décliné chez toutes les malades que nous avons vues chez M. Rayer et marché vers la résolution; excepté seulement chez celle dont nous venons de parler et qui n'avait été reçue que trop tard à l'hôpital. La résolution complète cependant n'a été obtenue qu'à la longue, le mal ayant persisté longtemps à l'état d'induration indolente, après que son volume avait été de beaucoup réduit par le traitement précédent. La guérison ne s'est dès lors accomplie que très lentement. Lorsque le mal s'accompagnait de développement de l'utérus, la résolution complète s'est fait plus longtemps attendre. Chez d'autres femmes, il n'y avait pas, à proprement parler, engorgement phlegmoneux de la fosse iliaque; il s'agissait de douleurs vagues dans le ventre avec développement de la matrice. Cet organe était resté tel après l'accouchement; il n'avait pas suivi sa marche décroissante ordinaire, et son fond se trouvait à deux, trois, quatre, six travers de doigts au dessous de l'ombilic. Le traitement, dans ce cas, a été moins énergique que dans les cas de phlegmon; le retrait de l'utérus ne s'est accompli qu'excessivement lentement.

Les phlogoses pelviennes dont nous venons de parler se sont déclarées à des époques variables de l'accouchement; une, deux, trois, quatre, six semaines après, sous l'influence de causes que nous avons signalées dans le dernier numéro. M. Rayer a repris, à cette occasion, l'étude de la loi relative au décroissement normal de l'utérus après l'accouchement naturel. Malheureusement cette étude ne peut se faire sur une grande échelle dans les services ordinaires des hôpitaux, le nombre des accouchements qu'on y observe étant très borné. Voici cependant ce qu'on a pu noter à la Charité jusqu'à ce jour. Dans l'accouchement normal, non suivi d'accident, l'utérus est déjà rentré dans l'excavation et ne peut être plus senti dans l'abdomen, à compter du neuvième ou dixième jour. Ceci cependant veut être vérifié sur un grand nombre de femmes avant d'être établi comme incontestable, ce qui ne peut se faire que dans une clinique d'obstétrique ou mieux dans une Maternité. Il faudrait, par exemple, sur cent femmes qui viennent d'accoucher, noter exactement jour par jour la hauteur de l'utérus, et surtout indiquer le jour où le fond de l'organe s'enfonce dans l'excavation et cesse d'être senti au dessus du pubis. On aurait ainsi un terme moyen de cette marche décroissante. D'après les observations de M. Rayer, que nous venons de constater sur deux femmes qui sont en ce moment dans son service, la marche décroissante de l'utérus est de beaucoup ralentie dès qu'un travail inflammatoire se déclare dans l'abdomen. Ainsi, tandis que sur une accouchée bien portante qui se trouve en ce moment à l'hôpital, l'utérus s'est enfoncé dans l'excavation dès le dixième jour, chez une autre qui se trouve à la même époque, et qui a éprouvé des douleurs abdominales, avec un commencement de phlegmon pelvien, le fond de la matrice se présente encore à la palpation à plus de quatre travers de doigts au dessus des pubis; et chez une autre, cet organe reste ainsi, et même monte plus haut, malgré que deux mois se soient déjà écoulés depuis l'accouchement. Cet état d'engorgement de l'utérus persiste malgré le repos au lit, des applications de sangsues et de cataplasmes émollients. Il est plus que probable que cet état de la matrice se rattache à une sub-phlogose lente de cet organe. Si jamais un cas pathologique s'est présenté avec une indication formelle de l'administration du seigle ergoté, c'est bien celui-là, selon nous. Comme hyposthénisant vasculaire, à action élective sur l'utérus, le seigle ergoté en poudre, ou mieux en infusion à l'eau bouillante, offre ici les plus grands avantages. On peut le combiner heureusement au sulfate de quinine, ce qui n'empêche pas, bien entendu, de saigner s'il y a lieu, de purger, d'appliquer des topiques émollients, etc. Communément on s'effraie de la prescription du seigle et du quinine dans ces occurrences; c'est que peu de médecins en France connaissent la véritable action dynamique de ces médicaments, malgré les nombreuses observations de l'école italienne que nous avons reproduites.

Une maladie propre aux ouvriers des fabriques d'allumettes chimiques a depuis quelque temps attiré l'attention de quelques médecins des hôpitaux de Paris, divers ouvriers de ces fabriques ayant été reçus et traités dans plusieurs services. On en voit un, en ce moment, dans les salles de M. Rayer à la Charité; d'autres ont été traités par M. Gendrin à l'hôpital de la Pi-

tié. Il s'agit d'une bronchite opiniâtre, accompagnée de maigreur, de faiblesse générale, de dyspnée, de dyspepsie et quelquefois aussi de dévoiement. Ces symptômes deviennent plus ou moins alarmants, et si les patients persistent dans l'exercice de leur état, leur affection bronchique se convertit en bronchorrhée avec emphysème, et se termine par la mort. Cet énoncé fait déjà pressentir de quoi il s'agit. Entrons dans quelques détails étiologiques avant de rapporter les faits cliniques que nous possédons.

Dans les fabriques d'allumettes ou de briquets phosphoriques l'atmosphère se trouve plus ou moins chargée de plusieurs éthéments étérogènes qui passent avec l'air dans les bronches : plus particulièrement de vapeurs phosphorées et sulfureuses, lesquelles irritent chimiquement la muqueuse bronchique et l'enflamment chroniquement ; tandis que, d'autre part, les mêmes éléments sont absorbés par diverses voies et passent dans la circulation. Pour bien saisir toute la portée de la question que nous traitons il faut se rappeler ce qui se passe dans le travail de ces ouvriers. Les uns fabriquent de simples allumettes sulfuriques ; ceux-là ne sont exposés qu'à des vapeurs de soufre, soit à l'état moléculaire, soit d'acide sulfureux, et probablement aussi d'arsenic, car on sait que les soufres impurs contiennent souvent du sulfure d'arsenic. Ces mêmes ouvriers manient en même temps le phosphore, car pour allumer l'allumette soufrée on a besoin, comme on sait, d'une petite fiole contenant du phosphore sec, dans laquelle on la plonge, de manière à en entraîner une parcelle en l'air ; cette parcelle prend feu promptement par la conversion du phosphore en acide phosphoreux, qui attire l'eau et l'oxygène de l'air, et produit une flamme qui allume le soufre et le bois. La préparation de ces fioles phosphoriques exige l'action du feu, ce qui produit des vapeurs d'acide hypophosphorique qui se mêlent à l'atmosphère dans laquelle les ouvriers respirent. Dans une seconde variété d'allumettes, dont on se sert presque exclusivement de nos jours, sous le nom d'allumettes chimiques ou allemandes, les petites tiges sont d'abord soufrées, puis, leur pointe est plongée dans une sorte de pâte phosphorique, laquelle s'enflamme par le seul frottement ou plutôt par le calorique que ce frottement produit. Cette pâte n'est pas composée de la même manière dans toutes les fabriques ; elle résulte, chez les uns, de phosphore, de gomme arabique et de bioxyde de manganèse ; chez les autres, de phosphore, d'huile de térébenthine et de fleurs de soufre, etc. (Dupasquier. Traité élém. de chimie industrielle, t. 1, p. 555, 1844). Or, notez bien que, dans toutes ces manipulations, l'évaporation du phosphore est inévitable, et d'autant plus abondante que la température de l'atmosphère est élevée. « Exposé à l'air sous l'influence de la température ordinaire, le phosphore n'y prend pas feu, mais il y brûle cependant avec lenteur, en répandant des vapeurs blanches, légères, d'acide hypophosphorique (mélange d'acide phosphoreux et d'acide phosphorique, suivant quelques chimistes, et qu'on appelait autrefois acide phosphoreux). Ces vapeurs ont une odeur alliacée, se détachent continuellement du phosphore, et, à la clarté du jour, on les voit s'écouler comme le ferait un liquide ; dans l'obscurité elles paraissent lumineuses » (Dupasquier). Cette combustion lente du phosphore se remarque encore à 0° et même à quelques degrés au dessous, mais alors elle est plus faible. Un autre fait important, sur lequel M. Dupasquier a appelé l'attention, c'est que la plupart des phosphores impurs, des phosphores colorés en rouge ou bruns dont on se sert dans les fabriques d'allumettes chimiques, contiennent de l'arsenic, sous forme de sulfure, qui passe facilement à l'état d'acide arsénieux sous l'eau, et même du cuivre. Cet arsenic provient, d'après les recherches du chimiste de Lyon, de l'acide sulfurique dont on se sert dans les fabriques de phosphore pour obtenir le phosphate acide de chaux. On prévoit déjà les conséquences de l'absorption de ces divers éléments toxiques chez les ouvriers qui les manient sans cesse et les respirent. Il y a là une double action à considérer : l'action physico-chimique sur la muqueuse bronchique, et l'action dynamique générale dont la nature est opposée à celle-ci, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

Que les seules vapeurs de soufre suffisent pour produire des bronchites plus ou moins graves, c'est là un fait vulgaire connu depuis l'antiquité, et qu'on peut chaque jour vérifier dans les sulfatares et ailleurs. L'invention des allumettes sulfuriques est déjà fort ancienne ; mais comme on ne connaissait pas le phosphore, les fabricants de ces allumettes n'offraient pas autrefois d'affection du côté des bronches par cette seule cause. On lit dans Ramazzini : «—Martial, passant en revue les marchands et les ouvriers qui interrompaient son sommeil à Rome, et le forçaient de se retirer à sa maison de campagne,... n'oublie pas les marchands d'allumettes qu'il caractérise par *les yeux chassieux* (On ne remarque pas de nos jours cette maladie des paupières chez les ouvriers des fabriques d'allumettes, du moins à Paris). Les blanchiseuses éprouvent combien est nuisible le soufre qui brûle, quand elles y exposent leurs étoffes de soie pour les blanchir. Elles savent que les vapeurs de cette substance *ternissent les roses de leurs joues et les rendent pâles* (phénomène d'hyposthénie). On a coutume, dans l'Allemagne, de faire brûler du soufre dans les tonneaux pour préserver le vin de la mucidité pendant plusieurs années. Van Helmont rapporte ce fait en parlant de l'*asthme et de la toux*. C'est donc l'acide sulfureux, ennemi des poumons et de la trachée-artère, qui cause les maux détaillés ci-dessus. On sait l'histoire de cette femme infidèle qui, surprise par son mari, cacha son amant dans son lit, et se trahit elle-même en le couvrant d'une toile soufrée. En effet, la vapeur du soufre ayant affecté vivement son amant, il ne put s'empêcher de tousser et d'éternuer, et se découvrit ainsi à son mari. Nous avons encore pour preuve l'histoire de ce boulanger qui, voyant ses bouts soufrés avec lesquels ils allument leur bois, enflammés, et craignant que le feu prît à sa maison, osa les fouler aux pieds pour les éteindre, et pensa mourir sur-le-champ. Il eut pendant plusieurs jours une toux très violente, une grande difficulté de respirer, etc. » (Malad. des Artisans, chap. IX). A côté de ce dernier fait on peut placer le suivant. « — Un droguiste de Lyon voulant peser sans eau plusieurs kilog. de phosphore, le plaça dans le plateau de la balance ; deux minutes ne s'étaient pas encore écoulées que le feu prit à la

masse entière du phosphore. Dans ses efforts pour l'éteindre, cet imprudent fut atteint en plusieurs endroits par la matière enflammée, et périt le lendemain des suites de ses brûlures. » (Dupasquier, p. 537). Il n'est pas hors d'à-propos, au reste, de rappeler à l'occasion de tant d'accidents qui arrivent par la fabrication et le maniement des allumettes phosphoriques que : « le phosphore et le soufre peuvent se combiner ensemble en toutes proportions, et les corps qui résultent de là sont plus inflammables que ne l'est le phosphore seul. » (Berzélius, Chimie, t. 1, p. 268).

Voici maintenant quels sont les phénomènes que présentent les ouvriers en question. Le malade de la Charité est un homme âgé de 45 ans environ, maigre, à figure patibulaire (qu'on nous passe cette expression). Il était fort, gras et bien portant autrefois. Il ne travaille que depuis deux ans aux allumettes chimiques; six mois après, sa santé a commencé à s'altérer, il éprouvait de temps en temps de la toux et de la gêne à la respiration. Ces symptômes étaient également éprouvés, plus ou moins, par les autres ouvriers. Le mal est allé en augmentant depuis six mois; enfin, des symptômes de bronchite intense se sont déclarés et le malade est entré à l'hôpital. Il n'offre pas de fièvre, sa bronchite est de celles qu'on appelle capillaires, c'est-à-dire elle a pour siége les vésicules pulmonaires; il accuse une faiblesse générale ; mais tout cela est si conforme à beaucoup de bronchites de même forme, et indépendantes de la cause dont il s'agit, que sans le commémoratif précédent il serait impossible de distinguer cette bronchite de tout autre bronchite apyrétique. Il est d'ailleurs douteux que l'irritation pulmonaire chez ce malade ne dépendît des influences atmosphériques communes, ou même de la présence de tubercules miliaires dont la constatation échappe à nos moyens actuels d'investigation. Les seuls caractères sur lesquels nous fixons notre attention, non comme signe de diagnostic *a priori*, mais comme phénomènes dynamiques d'intoxication lente par le phosphore et le soufre, ce sont, la faiblesse générale (hyposthénie), l'état de mollesse remarquable du pouls qui s'accorde avec cette dernière condition, et la maigreur générale. Nous avons au reste prouvé ailleurs (t. 2. p. 316) que l'action dynamique du phosphore était hyposthénisante, ainsi que celle du soufre.

M. Gendrin, dont l'expérience paraît étendue sur la maladie en question, vient de recueillir l'observation suivante : « Une femme de 34 ans, dont les formes extérieures indiquaient une forte constitution, n'avait jamais été malade, malgré ses rudes travaux dans les champs et malgré l'influence des intempéries de l'air; elle entra, en 1843, dans une fabrique d'allumettes, où elle fut employée à tremper les allumettes dans la mixture phosphorée. Quinze jours après elle avait une toux sèche, supportable d'ailleurs. Six à sept semaines n'étaient pas écoulées qu'elle sentit diminuer ses forces, et qu'elle n'avait presque plus d'appétit. Elle fut bientôt prise d'un violent rhume de poitrine, qui la força d'aller passer trois semaines dans un hôpital. Elle en sortit guérie, et retourna à son travail. — La toux revint aussitôt, et bientôt après tous les autres accidents de la maladie, il fallut rentrer à l'hôpital. Cette femme eut ainsi successivement quatre récidives de maladie, séparées par des intervalles de trois à quatre semaines, durant lesquels elle reprenait son travail ; tout cela dura seize à dix-huit mois. Elle vint ensuite dans notre service ; c'était la cinquième fois qu'elle entrait à l'hôpital pour les mêmes accidents morbides. Depuis cinq à six mois elle pouvait à peine travailler à cause de sa faiblesse, et par suite d'une dyspnée habituelle. Nous reconnûmes chez elle un état fébrile prononcé, un accablement considérable ; les chairs étaient flasques, le teint blafard, la maigreur fort grande ; la toux, fréquente et pénible, était cependant suivie d'une expectoration muco-puriforme; la respiration était haute et accélérée. L'oppression était telle que la malade était forcée de s'asseoir sur son lit au moment de la toux et pour expectorer; elle éprouvait alors une vive douleur sous sternale avec grande constriction. Nous constatâmes la présence d'un ronchus sibilant et humide dans le poumon droit dans ses deux tiers inférieurs. La poitrine avait une sonorité insolite en avant sur le tiers supérieur du poumon droit, et en arrière sur sa moitié inférieure. Nous remarquâmes l'immobilité presque complète des côtes dans ces points, et une voussure prononcée des parois thoraciques. Ces symptômes indiquaient la présence d'une bronchite de presque tout le poumon droit, et une emphysème d'une partie de cet organe. L'anorexie était complète, la langue était suburrale, la malade avait tous les jours une ou deux évacuations molles, peu abondantes, précédées de coliques. Nous adoptâmes une médication active ; un émétocathartique, l'ipécacuanha fut administré avec, et deux larges vésicatoires volants furent ensuite appliqués sur la poitrine. — Les accidents thoraciques perdirent de leur intensité ; l'expectoration devint beaucoup moins pénible : la dyspnée diminua. Les signes médiats de l'emphysème du poumon droit persistaient cependant encore. L'anorexie, l'état saburral de la langue continuaient; la malade se plaignait toujours de sa faiblesse; la fièvre n'était plus continue, mais revenait chaque jour comme pas accés. Ces symptômes, que nous trouvons encore le douzième jour après l'entrée de la malade à l'hôpital, nous déterminèrent à réitérer deux fois l'administration du vomitif, à trois jours d'intervalle. La malade prenait pour tisane une infusion légère de polygala. Nous donnions des aliments liquides en quantité modérée. Ce ne fut qu'au bout de trois semaines que nous vîmes cesser les phénomènes morbides. Il ne restait plus que des traces de bronchite chronique et toujours des symptômes d'emphysème, mais très modérés. Ces derniers accidents motivèrent l'usage des eaux hydro-sulfureuses à l'intérieur et des bains alcalins et sulfureux. Cette femme sortit de l'hôpital après six semaines de séjour, conservant un certain degré d'emphysème du poumon droit. Nous l'engageâmes à ne plus retourner à la fabrique d'allumettes. »

La question du traitement de la maladie dont il s'agit est assez complexe et délicate. Vous avez, en effet, sur un fond d'hyposthénie générale, une affection locale de nature inflammatoire, entretenue par des causes chimiques ou mécaniques. A ces causes il s'en ajoute aisément d'autres : celles qui occasionnent les bronchites communes. Aussi voit-on les ouvriers des fabriques d'allumettes éprouver de temps en temps des exacerbations phlogistiques, avec réaction fébrile, mais peu intense à la vérité. Il importe d'autant plus d'enrayer l'affection chronique des bronches, que sous son influence il se produit à la longue des al-

térations organiques irrémediables, les vésicules bronchiques se ramollissant et se perforent; de là emphysème; les bronches elles-mêmes secrètent un liquide purulent, etc. Aussi, si ces malades ne sont pas traités de bonne heure, le fond de leur affection reste incurable, et l'art ne peut dissiper alors que les seules exacerbations accidentelles. L'on prévoit déjà qu'une première condition essentielle du traitement, c'est la soustraction des patients aux influences malfaisantes dont nous venons de parler. L'état d'hyposthénie de la constitution contre-indique formellement l'usage de la saignée générale, et ce n'est qu'avec une grande circonspection qu'on doit insister sur les remèdes antiphlogistiques. M. Gendrin a employé avec avantage les éméto-cathartiques légers (ipécacuanha et tartre stibié) dans l'exacerbation fébrile de la maladie. Les opiacés paraissent indiqués dans cette espèce de bronchite; mais tout est encore à faire à l'égard de la médication la plus convenable dans ces occurences. Cette question est aujourd'hui à l'étude dans plusieurs hôpitaux: nous la reprendrons lorsque de nouvelles données pratiques auront été acquises.

La dypepsie (digestions difficiles) était autrefois considérée comme l'effet d'une faiblesse réelle, d'une asthénie de l'estomac. Broussais la rattachait aux irritations phlogistiques légères de cet organe. M. Chomel, cependant, qui vient de consacrer deux leçons à l'étude de la dyspepsie, à l'occasion de deux malades atteints de cette affection, qui sont en ce moment traités à sa clinique, regarde les digestions difficiles comme tout à fait indépendantes d'un travail phlogistique ou d'influences sympathiques quelconque. Il définit donc la dyspepsie : un dérangement fonctionnel de l'appareil digestif, en particulier de l'estomac et des intestins, non lié à un état morbide matériel de cet appareil, ni à des mouvements sympathiques d'autres organes. En d'autres termes, la dyspepsie est pour M. Chomel une affection essentielle, une maladie purement fonctionnelle, maladie *sine materia*, dépendant de causes hygiéniques vicieuses que nous allons indiquer. De sorte que, en corrigeant ces causes extérieures, on fait disparaître les phénomènes dyspepsiques. Cette maladie, dit M. Chomel, était naguère caractérisée de gastrite par tous les médecins enrôlés sous le drapeau de la médecine dite physiologique. Aujourd'hui, cependant, les prétendues gastrites, ou les maladies qu'on jugeait mal à propos comme telles, ont entièrement disparu de la pratique, et le règne des sangsues et de l'eau de gomme est fini. L'étude de la dyspepsie n'a pas peu contribué, ajoute M. Chomel, à porter un coup fatal au système auquel nous faisons allusion. Citons d'abord les deux cas de l'Hôtel-Dieu, avant de reproduire les autres remarques générales de M. Chomel.

Dans l'un, il s'agit d'une jeune femme, âgée de 26 ans, bonnetière, de constitution plutôt lymphatique, douée cependant d'un assez bon embonpoint. Elle avait, dès son enfance, exercé l'état de bonnetière chez ses parents; et s'est mariée à un homme de son état. Par conséquent, elle avait toujours mené une vie très-sédentaire, travaillé dans une position inclinée et pris, d'après les usages des ouvriers de son état, plusieurs repas copieux par jour, surtout beaucoup de viande deux fois par jour, à midi et à deux heures et demi, sans omettre l'usage du vin et quelquefois aussi d'un peu d'eau-de-vie. Depuis longtemps elle éprouvait, après ses repas, une lassitude telle dans les membres, qu'elle ne pouvait faire une longue course, le sommeil la gagnait aisément et elle était obligée de s'y livrer pendant une demi-heure; sa tête devenait lourde, éprouvait de la céphalalgie, puis l'estomac se soulevait et la femme vomissait. Ces symptômes ne se manifestaient point si elle mangeait peu et à des distances éloignées. Elle se portait bien d'ailleurs et rien n'indiquait, chez elle, une maladie quelconque. Ces phénomènes caractérisent déjà suffisamment la dyspepsie, dit M. Chomel; mais ce n'est pas là ce qui l'a déterminée à entrer à l'hôpital. Il y a quelque temps, elle allait un dimanche, avec son enfant, dîner en ville chez le patron de son mari, lorsqu'une voiture, qui passait près d'elle, l'a obligée à s'écarter et s'abriter contre un mur; dans cet instant, étant debout, elle a senti un fourmillement dans les membres abdominaux, ses jambes ont fléchi et elle s'est trouvée dans l'impossibilité de se tenir debout; elle a donc cherché à se cramponner et appelé au secours. Un homme l'a prise sur ses bras et l'a déposée dans une boutique voisine, en attendant que son mari est arrivé et l'a fait transporter chez elle. Cette malheureuse était devenue subitement paraplégique. Une pareille paralysie instantanée doit se rattacher, dit M. Chomel, soit à une apoplexie de la moelle, soit à un ramollissement aigu. Il y avait d'abord perte du sentiment et du mouvement dans les membres pelviens; la vessie et le rectum étaient également paralysés, ainsi qu'ils le sont encore aujourd'hui. La sensibilité, cependant, est revenue aux cuisses.— Dans l'autre cas, il s'agit pareillement d'une jeune femme, couturière. La dyspepsie est simple chez elle; elle se rattache à des causes analogues à la précédente et présente à peu près des symptômes pareils. Des soins hygiéniques, une alimentation légère, rafraîchissante et le repos, ont suffi pour dissiper les vomissements et améliorer l'état de la patiente.

Les phénomènes de la dyspepsie se lient ordinairement, continue M. Chomel, à des repas irréguliers, trop rapprochés ou trop abondants, à des aliments grossiers ou de mauvaise qualité, à certaines occupations d'esprit ou à un travail physique sédentaire, à l'attitude fléchie du tronc, comme chez les tailleurs, les cordonniers, etc. Ces phénomènes se manifestent du côté du ventre, de la tête, de la poitrine, du système musculaire, ou de plusieurs de ces parties à la fois. Ordinairement la dyspepsie est stomacale, c'est-à-dire se déclare, peu de temps après les repas, par un sentiment de pesanteur à l'épigastre, de gastralgie, d'oppression, de fausse faim; par des éruptations acides, des renvois de matières liquides ou même de quelques parcelles d'aliments; quelquefois des vomiturations ou même des vomissements, comme chez les deux malades dont nous venons de parler. Des gaz se développent en quantité dans l'estomac, et cet organe se distend considérablement, au point de remplir le ventre dans quelques cas. Certains individus éprouvent une sorte de gargouillement ondulent à l'estomac par les liquides ingérés, et ce flot, qu'ils entendent à un degré variable, indique pour eux le retour de leurs souffrances habituelles. La durée de ces symptômes est variable;

ordinairement ils s'amendent à mesure que l'estomac se décharge d'une manière quelconque d'une partie des aliments.—Dans la dyspepsie que M. Chomel appelle intestinale, les phénomènes consistent dans des coliques, du météorisme abdominal quelques heures après le repas. Il s'ensuit de la diarrhée ou une constipation plus ou moins opiniâtre. Les uns éprouvent de la céphalalgie générale ; de la migraine, dans quelques cas rares; de l'inaptitude aux travaux d'esprit, de la somnolence. Les autres, de la chaleur à la gorge, des palpitations de cœur, de la dyspnée, des frissons, un mouvement fébrile, une lassitude générale, etc. Les données qui précèdent conduisent naturellement aux indications thérapeutiques de la dyspepsie. Ces indications sont entièrement basées sur des mesures hygiéniques.

Nous venons de reproduire, aussi exactement que possible, les traits principaux des deux leçons de M. Chomel sur la dypepsie ; nous nous permettrons à notre tour quelques courtes réflexions sur cette infirmité, sans prétendre imposer nos opinions, ni rien enlever à la grande autorité des paroles de M. Chomel. Une première question est de savoir s'il existe réellement une dyspepsie purement fonctionnelle, non inhérente à des conditions dynamiques ou hypersthéniques de l'estomac, ou à fond d'excitation pour parler le langage généralement employé. On vient de voir que la réponse de M. Chomel a été affirmative, et telle est également la manière de voir de la plupart des médecins. On croit si bien à cette asthénie directe de l'estomac, que l'on prescrit, pour la combattre, des remèdes réputés toniques. On donne, en Angleterre, les alcooliques ; et nous avons vu prescrire nous-mêmes, pour cela, l'eau-de-vie brûlée. Il est même des médecins qui caractérisent de paralysie l'impuissance de l'estomac, comme si les viscères indépendants des nerfs volontaires pouvaient dans aucun cas se paralyser réellement! Les causes de la dypepsie, cependant, sont ordinairement de nature excitante, congestive. L'impuissance fonctionnelle en est une conséquence, comme l'ambliopie ou l'amaurose qui suit la congestion choroïdienne. De ce qu'il n'y a point de symptômes pareils à ceux de la gastrite véritable; qu'il n'y a point de fièvre, et que le tout disparaît avec la digestion, il ne s'ensuit pas que la dyspepsie soit une affection indépendante d'une condition congestive, hypersténique, analogue à une subphlogose au plus faible degré. On se forme sur l'inflammation des idées trop absolues, et l'on oublie que, entre le degré maximum et le degré minimum de cette maladie, la distance est très grande, et que, entre l'invasion de son plus faible degré et l'état congestif proprement dit, la différence est presque nulle. Quelle différence peut-on établir, si ce n'est que dans le degré, entre une insolation encéphalique ou une contusion sur la tête qui produit une méningite des plus graves, et une autre qui n'occasionne qu'une simple céphalalgie plus ou moins durable? N'y a-t-il pas là la même gradation qu'entre une dyspepsie, un embarras gastrique et une gastrite formelle ? Ces degrés, en effet, se convertissent l'un en l'autre. Il est constant, d'autre part, que les excitants véritables, tels que les alcooliques, les opiacés, la canelle, augmentent la dyspepsie et la convertissent en gastrite; tandis que la diète modérée, au contraire, les boissons rafraîchissantes, les hyposthénisants, tels que les sels sodiques ou magnésiens, le bismuth, le gaz acide carbonique (eaux gazeuses), les limonades végétales ou minérales, l'exercice corporel, l'aloës, la rhubarbe, l'extrait de quinquina, etc. dissipent la maladie. Si l'on réfléchit sans prévention à ces faits, il nous semble impossible de voir raisonnablement autre chose dans la dyspepsie qu'un effet d'un état hypersthénique de l'estomac, comparable peut-être à l'érythème, au degré le plus léger de phlogose ou de simple congestion active, analogue à celle que présente le cerveau atteint d'un ancien foyer apoplectique, et qui s'accompagne de céphalalgies intercurrentes. D'autres considérations se rattachent à la question que nous venons de traiter.

Hôpital de la Charité (M. Cruveilhier.)

Affections paralytiques. *Traitements divers.* — Le service de M. Cruveilhier contient toujours un grand nombre de paralytiques, ces sortes de malades lui étant adressés nominativement du Bureau central des hôpitaux, par suite de ses études de prédilection sur ces affections, et qu'il poursuit cliniquement depuis qu'un service de ce genre lui avait été confié à la Salpêtrière. Nous allons jeter un coup-d'œil sur les paralytiques actuellement existant dans les salles de M. Cruveilhier et qui offrent le plus d'intérêt au point de vue thérapeutique. — En première ligne se présente d'abord un jeune homme, âgé d'une vingtaine d'années, scrofuleux, affecté d'une maladie occipito-vertébrale commençante, avec des phénomènes névropathiques aux membres supérieurs. Ce jeune homme est de constitution lymphatique, mais assez bien développé, d'un assez bon embonpoint, robuste; il a exercé la profession de tourneur en métaux. Il a séjourné dans ces derniers temps, pendant deux ans dans le service de M. Lugol, à l'hôpital Saint-Louis, pour une affection scrofuleuse. Cette dernière affection s'était montrée par des abcès multiples au tronc, au devant du sternum, sous l'aisselle et au dos, où l'on voit partout des marques cicatricielles enfoncées, au nombre d'une vingtaine, de la largeur de deux à trois centimètres chacune, et dont quelques-unes adhèrent aux côtes, ce qui fait présumer à M. Cruveilhier qu'il y avait eu là, en même temps, carie de ces os. Il en est sorti à peu près guéri il y a un an, après un usage incessant de deux années de l'iode-ioduré, *intus et extra*, ainsi que M. Lugol a l'habitude de l'employer. Pendant quelques temps après sa sortie de Saint-Louis, il se portait assez bien, quoique l'un des abcès de la partie latérale de la poitrine continuât à suppurer encore, lorsqu'il a été pris de douleurs rhumatismales articulaires aux membres thoraciques, avec gonflement et rougeur aux poignets. Plus tard, ayant déjà repris l'exercice de son état, il s'est plaint d'une douleur sourde à la nuque, qu'on avait considérée et traitée en ville comme rhumatismale. Cette douleur a persisté; son cou s'est un peu raidi, il a dû cesser de travailler, et c'est ce qui lui a fait demander une entrée dans un hôpital.

A l'examen, aujourd'hui, sa physionomie, son orga-

nisme, son embonpoint ont assez bonne apparence; les fonctions viscérales sont parfaites. Le malade se plaint seulement de raideur douloureuse à la nuque; les mouvements de latéralité de la tête ne se font que tout d'une pièce avec le cou et le tronc. En d'autres termes, les mouvements de l'atlas avec l'occipital et avec l'axis sont presque entièrement abolis. Ce phénomène, au reste, ne serait pas suffisant pour caractériser la maladie dont il s'agit, puisque l'on voit tous les jours un rhumatisme des muscles du cou, une contusion, une entorse dans cette partie s'accompagner de la même impuissance; il est vrai cependant que cette impuissance n'est alors que temporaire, ce qui éclaire de suite de diagnostic; mais chez le malade en question il est d'autres caractères qui rendent malheureusement manifeste la véritable nature de l'affection. D'abord, le toucher découvre dans la fosse sous-occipitale un engorgement, une tumeur manifeste, du volume d'un petit œuf, douloureuse à la pression. Cette tumeur est profonde, saillante, et a pour siége incontestablement les deux premières vertèbres cervicales. Pour préciser sur le vivant la position de l'articulation axoïdo-atloïdienne il suffit de tirer idéalement une ligne du sommet d'une apophyse mastoïde à l'autre; le plan de cette ligne passe entre les deux premières vertèbres, ou entre l'atlas et l'occiput, selon la longueur naturelle des deux apophyses. A côté de la petite tumeur centrale, on trouve à gauche, dans la masse musculaire, une sorte d'engorgement, d'induration. Mais ce n'est pas tout; le malade accuse des fourmillements, de la faiblesse dans les deux bras, surtout dans celui du côté gauche; ces fourmillements sont principalement sensibles dans les doigts; la faculté tactile a tellement diminué qu'il ne peut ramasser des objets de petit volume, une épingle, par exemple. Les objets peu volumineux qu'il prend dans les mains lui échappent aisément à l'improviste; la fourchette, le couteau, la cuillère, le pain à table, la lime à son atelier, etc., lui tombaient à chaque instant des mains; et pourtant ces membres conservent encore leur mobilité et beaucoup de force, quoique à un faible degré de moins qu'auparavant. Le malade fait remarquer que son mal a commencé par des douleurs dans les bras, avec des sautillements dans les mains. Ces douleurs étaient surtout sensibles aux épaules, autour des articulations scapulo-humorales, sous forme de bandes circulaires fortement compressives. M. Cruveilhier attache de l'importance, pour le diagnostic, à ce caractère de la douleur qui accompagne le début des affections paralytiques de la moelle et qu'on confond avec le rhumatisme. La douleur en question se manifeste circulairement autour des hanches et des articulations coxo-fémorales et aux cuisses, dans les affections de la partie inférieure de la moelle. Quand le mal est plus haut, les malades accusent un sentiment de barre circulaire qui leur serre le ventre, l'épigastre, la poitrine; et quand il est plus haut encore, la constriction douloureuse se fait sentir autour des épaules, comme chez le malade ci-dessus. M. Cruveilhier trouve ensuite dans la marche de cette sensation symptômatique un des signes indicatifs de l'état croissant ou décroissant de l'affection fondamentale. On ne rencontre rien jusqu'ici du côté de la gorge chez ce malade, la déglutition et la respiration s'exécutant librement. M. Cruveilhier a diagnostiqué une vertébrite articulaire cervicale, marchant vers la période qu'on appelle tumeur blanche, et intéressant déjà plus ou moins la moelle épinière. Pronostic très grave. Prescription : cautères aux parties latérales de la région malade; régime alimentaire substantiel, y compris une portion de vin. Le malade sera tenu d'ailleurs dans le repos, D'autres remèdes lui seront prescrits au besoin.

Vient ensuite un homme âgé d'une quarantaine d'années, robuste, paraplégique. Ce malade ne pouvait ni se tenir debout, ni même remuer ses membres lorsqu'il a été reçu à la Charité, il y a plusieurs mois. Sa vessie et son rectum étaient également paralysés, le malade accusait un sentiment de constriction abdominale comme une barre ou une ceinture. L'état général était bon. On était cependant resté dans le doute de savoir s'il s'agissait d'une apoplexie vertébrale, d'un ramollissement de la moelle ou d'une phlogose avec ou sans épanchement. La percussion ou la pression successive des vertèbres, de haut en bas, n'éclairait guère la question du siége précis du mal. Nous n'avons pu savoir, au reste, avec assez de précision, si la paralysie était survenue par degrés ou subitement, ni quels ont été ses antécédents. Quoi qu'il en soit de ces détails incomplets, l'important à mentionner pour l'art, c'est que cet homme va très bien aujourd'hui; il marche de mieux en mieux; sa vessie et son rectum ont repris leurs fonctions normales; le sentiment de barre à l'estomac a disparu. Le traitement suivi n'a rien eu de spécial. M. Cruveilhier ne s'est pas bien trouvé de la strychnine ni de la noix vomique dans les paralysies; aussi ne les emploie-t-il pas. Il prescrit une médication variable, et dirigée en grande partie contre certains symptômes; des saignées, des sangsues, des purgatifs, des lavements d'assa-fœtida, des cautères, des moxas, la digitale quelquefois. C'est, en d'autres termes, une médication temporisante et antiphlogistique au fond: on l'appelle communément *révulsive* en France. M. Cruveilhier mêle assez volontiers le sirop de nerprun dans ses prescriptions; nous ne connaissons pas assez les vertus de ce médicament, si toutefois il en possède. Il y a lieu d'espérer que ce malade guérira tout à fait. Cependant, si l'on réfléchit aux cas assez nombreux de paraplégie, dans des conditions analogues au précédent, qu'on traite de la même manière soit dans les hôpitaux, soit en ville, sans le moindre succès, l'on est porté à se demander si la médication dite révulsive a une part réelle dans cette guérison. Nous y reviendrons tout à l'heure.

Dans un troisième cas est une jeune femme atteinte de paralysie du sentiment seulement, à la moitié de la face du côté gauche et au bras correspondant, la motilité étant presque complètement intacte. M. Cruveilhier a diagnostiqué une lésion à la base du crâne, vers l'origine de la cinquième paire, ou vers le bulbe rachidien. Un traitement antiphlogistique a amélioré l'état de cette malade en peu de temps; la sensibilité revient de plus en plus, tant à la face qu'au membre thoracique. On considère cette variété de paralysie comme rare. Tout cependant reste enveloppé d'obscurité, quand il s'agit de remonter jusqu'à la nature de la lésion.

A côté de cette malade, enfin, il s'en présente une autre, jeune personne d'une vingtaine d'années, qui avait eu une paralysie des deux membres thoraciques; elle a guéri par le traitement dont nous venons de parler; mais ses doigts, qui étaient restés à demi-fléchis depuis longtemps par le fait de la paralysie, avaient éprouvé une sorte de raideur invincible quand il s'est agi de les mouvoir, à cause, sans doute, de la rétraction des muscles fléchisseurs, et peut-être aussi d'une sorte d'altération spontanée des articulations. On fait usage depuis quelques temps d'une mécanique à ressort, sorte de doigtier articulé qui prend son point d'appui sur la face dorsale de l'avant-bras et qui étend forcément et par degrés les doigts. L'on voit par là l'avantage de lutter contre ces rétractions pendant l'époque de la paralysie, afin de n'être pas obligé plus tard de traiter l'infirmité musculaire si la paralysie guérit.

— L'on est d'abord frappé de deux choses dans ce

compte-rendu : de l'incertitude que la science présente relativement au diagnostic, et de l'impuissance désolante de l'art dans les lésions des centres nerveux. Encore, n'avons-nous parlé que des faits les plus patents, favorables sous l'un ou l'autre rapport. Reprenons un instant, l'un après l'autre, ces quatre sujets, et demandons-nous d'abord à quoi tient l'affection cervicale du premier. Est-ce une carie, une nécrose, une fonte tuberculeuse dans les articulations occipito-axoïdiennes ou dans les deux premières vertèbres, ou bien une affection rhumatismale ? Cette première question est capitale, car si la tumeur n'était que la conséquence d'une simple phlogose rhumatismale, elle serait déjà moins grave, et même guérissable à l'aide d'un traitement antiphlogistique énergique, surtout local. Malheureusement tout est douteux à cet égard, et nous n'avons pas la moindre confiance dans l'action des cautères ou des moxas dans ces cas. On le sait déjà, les arthropathies cervicales qu'on a toujours traitées de la sorte n'ont jamais guéri ; elles se sont constamment terminées par la mort subite ou à peu près, soit que la tête se luxe spontanément avec l'atlas, par rupture de l'apophyse axoïdienne ou des ligaments qui joignent cette apophyse à l'atlas et à l'occiput, soit par un abcès qui vient s'ouvrir instantément dans le canal vertébral ou dans le larynx. Le traitement adopté jusqu'ici est donc nul quant à ses résultats définitifs. S'il est vrai qu'il s'agit d'une tumeur blanche, il faudrait la traiter en conséquence et le plus promptement possible, non par les cautères, mais bien par les applications incessantes de sangsues, de vésicatoires volants à grandes dimensions, de pommades résolutives, de cataplasmes émollients, un repos absolu, etc. C'est ce qu'on n'a pas fait jusqu'ici, et pourtant on parle de progrès, alors que l'art fait moins de ce qu'il pourrait faire ! Quant au second cas, la même obscurité se rencontre malgré que le malade soit en voie de guérison. Nous avons vu dernièrement, dans une autopsie qu'a faite à la Charité M. Rayer, du cadavre d'une femme paraplégique, que la moelle épinière ne présentait rien de maladif, si ce n'est que son volume avait semblé diminué aux yeux de quelques personnes, condition qui a été niée par plusieurs anatomistes présents à l'autopsie. Dans le troisième et dans le quatrième cas, l'obscurité est plus grande encore sous tous les rapports. Que savons-nous donc sur ces sortes de maladies ? Bien peu de chose en vérité!

Hôtel-Dieu. (M. Chomel.)

Du traitement des pneumonies au dernier déclin. — Deux malades se sont présentés dernièrement dans le service de M. Chomel offrant une pneumonie intense du sommet, s'étendant en avant et en arrière à tout le lobe supérieur, et se propageant ensuite de haut en bas, mais en diminuant d'intensité, jusqu'à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur du poumon correspondant. La phlogose descendait, pour ainsi dire, en mourant, ainsi que l'auscultation le faisait aisément connaître. Attaqué convenablement à l'aide de saignées générales et locales le mal a décliné à l'ordinaire dans l'espace de quelques jours, la fièvre est tombée et les malades se sentaient très bien. Cependant l'auscultation accusait encore vers le dixième jour une respiration dite bronchique et du râle crépitant, comme si la pneumonie existait encore au deuxième degré, tandis que d'autre part le pouls marquait 60, et les crachats étaient muqueux, presque transparents. M. Chomel a fait remarquer avec raison que certains médecins qui font de l'auscultation un cheval de bataille, pourraient dans ces cas s'en laisser imposer et prescrire encore des saignées qui seraient au moins inutiles, sinon nuisibles, croyant à la persistance d'une pneumonie qui est déjà résolue. M. Chomel rattache ces phénomènes de la respiration bronchique et du râle crépitant au dernier déclin des pneumonies, chez certains sujets dont la fièvre, l'oppression et les crachats albumineux ont disparu, à une sorte d'œdème, d'infiltration atonique du poumon, sans persistance d'inflammation. C'est là, dit M. Chomel, une sorte de bouffissure pulmonaire, analogue à celle qu'on observe à la peau à la suite d'une érysipèle; le derme reste quelque temps maladif, sensible, infiltré, malgré que l'érysipèle ait disparu. Cette espèce de fausse pneumonie se reconnaît aisément d'après l'état du pouls, des crachats, l'aisance progressive que le malade éprouve à la respiration, l'état croissant des forces en général, l'état humide de la langue, l'absence de rougeur aux pommettes, etc. Il s'agit, comme on le voit, du dernier déclin de la maladie, ou plutôt d'un effet de la phlogose déjà dissipée. Dans un pareil état de choses, M. Chomel n'est pas d'avis de rester dans l'expectation, il achève son traitement à l'aide d'un vésicatoire cantharidé à grandes dimensions, savoir de 15 centim. carrés (5 pouces et 1/2) appliqué à la poitrine, et d'une potion de tartre stibié à 30 centig. (6 grains), qu'on répète au besoin. Cette espèce de malaise organique, de retard au rétablissement complet de la fonction normale, se remarque pareillement dans d'autres organes, ainsi que plusieurs auteurs l'avaient déjà indiqué. Il est, en effet, une époque après les maladies inflammatoires aiguës où l'organe reste dans une sorte d'impuissance pendant quelque temps, malgré que la phlogose soit dissipée ; l'estomac, les intestins, le foie, les muscles eux-mêmes, l'organe oculaire, la moelle épinière, etc., se trouvent dans ce cas. On se tromperait cependant si l'on croyait avec les anciens qu'il faut alors des stimulants pour ramener l'organe à sa fonction, car il est complétement faux, ainsi que quelques personnes le croient encore de nos jours, que l'inflammation change de nature, qu'elle devient asthénique vers son déclin et réclame les remèdes excitants. Ce qui a contribué jusqu'ici à entretenir ce fâcheux préjugé, c'est l'ignorance où l'on était sur la véritable action dynamique des remèdes qu'on employait avantageusement à cette période; on les croyait stimulants alors qu'ils n'étaient, en réalité, que des hyposthénisants à action élective; tels étaient, par

exemple, le quinquina, la rhubarbe, les sels neutres, l'aloès, le calomel, etc. Le seul repos suffit pour rétablir la fonction organique dans le cas en question; mais quand un pareil rétablissement exige des médicaments, comme ceux que prescrit M. Chomel, dans les cas ci-dessus, il est permis de présumer qu'il reste encore dans le poumon un résidu réel d'inflammation lente, ce qui ne veut pas dire qu'il faille pour cela avoir recours à de nouvelles évacuations sanguines pour en faire justice.

Hôpital de la Charité. (M. Rayer.)

Néphrite albumineuse aigue et chronique. *Autopsie. Remarques générales.* — On voit en ce moment dans le service de M. Rayer la néphrite albumineuse, autrement dite maladie de Bright ou albuminurie, sous ses deux formes fondamentales, savoir : à l'état inflammatoire aigu, et à l'état chronique ordinaire. A l'état inflammatoire aigu, le mal se présente chez un homme d'une quarantaine d'années, robuste, avec fièvre, douleurs aux lombes, œdème aux membres inférieurs; urines peu abondantes, *très rouges*, presque sanguinolentes et chargées d'albumine. M. Rayer a pratiqué une ou deux saignées du bras, des ventouses scarifiées à la région rénale, des boissons rafraîchissantes. La maladie s'est amendée en peu de jours, mais elle est passée graduellement à l'état chronique ordinaire, telle qu'on la rencontre ordinairement dans le plus grand nombre des cas : c'est-à-dire, la fièvre est tombée, l'urine est devenue plus abondante, a pâli de plus en plus en conservant de l'albumine, constatable tous les jours à l'aide de la chaleur ou de l'acide nitrique; l'œdème des membres inférieurs a persisté en présentant des variations, ainsi que cela est ordinaire en pareils cas. Arrivé à cette période, le patient était traité par divers moyens, tels que la décoction de raifort, l'iodure de potassium, la teinture de cantharides, etc., mais sans succès, lorsque tout à coup, et sans cause appréciable, l'état aigu a reparu. L'urine, en effet, s'est fortement colorée de nouveau en rouge, de très pâle qu'elle était, et elle s'est surchargée d'albumine; le pouls a acquis un surcroît d'énergie; la langue s'est couverte d'une lame blanchâtre, mais l'œdème des membres est resté le même. M. Rayer a fait pratiquer, hier 17 janvier, une saignée du bras et appliquer un vésicatoire cantharidé aux lombes, contre cette espèce de recrudescence de la néphrite. Aujourd'hui, les urines sont beaucoup moins colorées et elles ne contiennent presque plus d'albumine, ce qui ne veut pas dire que le malade est guéri ni qu'il guérira, mais on est par là autorisé à conclure avec M. Rayer que la maladie de Bright, qu'on n'avait jusqu'à ces derniers temps considérée que comme une affection granuleuse, anomale, incompréhensible, n'est en réalité qu'une phlogose particulière du rein, laquelle débute souvent par l'état aigu et peut alors se guérir dans quelques cas; tandis que, plus souvent encore, la période aiguë se passe inaperçue et le mal revêtit de suite le degré sub-inflammatoire apyrétique qui est propre à la seconde période. M. Rayer a eu l'occasion rare d'inspecter sur le cadavre les reins atteints de néphrite albumineuse à l'état aigu, et il a trouvé leur surface injectée, absolument comme un morceau de derme frappé de scarlatine.

— Nous venons d'assister, aujourd'hui 18 janvier, à l'autopsie d'un jeune homme âgé de quinze ans, mort dans les salles de M. Rayer, avec une néphrite albumineuse à l'état chronique. Il était atteint de cette maladie depuis trois à quatre mois et n'avait été reçu à la Charité que vers la fin de décembre dernier. A son entrée, la maladie était déjà avancée, les membres abdominaux étaient œdématiés et l'abdomen était hydropique. Des tubercules avaient été diagnostiqués dans les poumons, puis un épanchement pleurétique. Son état s'est empiré, la dyspnée est devenue intense jusqu'à la suffocation, et la mort est arrivée dans ces entrefaites. A l'ouverture du corps, on a d'abord extrait les reins : ils sont gros, presque le double qu'à l'état normal; l'un, celui du côté droit, est plus gros que l'autre. On pèse ce dernier, il marque 200 grammes (six onces et demi). Or, l'on sait que, d'après les pesées de M. Rayer, un rein normal pèse, chez l'adulte, 120 grammes environ (4 onces). Chez un jeune homme de quinze ans, ce poids doit être moindre. En conséquence, on peut établir que le poids des reins était de moitié augmenté chez ce sujet. Bien dépouillé de sa graisse périphérique et de sa capsule propre, chacun de ces reins offre à sa surface une couleur, ici rougeâtre et manifestement injectée, là tendant vers le jaunâtre ou le blanc; sur quelques points blancs, on observe de petites granulations de Bright à peine prononcées. Une pareille condition extérieure a été caractérisée par M. Rayer pour un état de transition de la substance rénale, de la période de rougeur à celle du jaune pâle. On fend les deux reins longitudinalement, suivant leur petit bord, du côté du bassinet d'abord, et l'on constate que le tissu membraneux du bassinet est épaissi et opaque, par le fait de la phlogose sans doute. On les divise ensuite, suivant leur grand bord convexe, dans toute leur largeur, et l'on constate deux altérations manifeste : la première, c'est que la substance corticale est épaissie du double de l'état normal, beaucoup plus compacte et plus pâle, par la présence sans doute de la lymphe plastique coagulée dans son tissu; la seconde, c'est que la substance tubuleuse est un peu atrophiée, quoique encore très manifeste et peut-être un peu plus rouge que dans l'état naturel. Il résulte de là que l'augmentation de volume et de poids du rein s'est opérée aux dépens de la seule substance corticale. En conséquence, la néphrite albumineuse ne serait qu'une phlogose corticale du rein transmise jusqu'au bassinet. — L'ascite n'a rien offert de particulier; pas d'altération du péritoine ni des viscères abdominaux. Le poumon est criblé de tubercules innombrables, à tous les états : quelques-uns à l'état d'induration calcaire sèche; d'autres ramollis ou suppurés et formant des cavernes. L'épanchement pleurétique est circonscrit par de fausses membranes. Le cœur est de couleur rose, mais plutôt mou; rien d'anormal dans les ouvertures de ce viscère.

— Un jeune homme âgé d'une vingtaine d'années est en ce moment dans les salles de M. Rayer pour la même affection. L'œdème aux membres inférieurs et supérieurs, et l'état albumineux de l'urine, tels sont les symptômes qu'il présente jusqu'ici. Il est fort, robuste, plein de vie, sa poitrine est saine, son abdomen n'offre aucune maladie, et pourtant il subira à son tour le même sort que le jeune homme précédent. Deux ou trois femmes, atteintes de la même maladie, se trouvent dans le même service; chez l'une d'elle, l'œdème a pris la forme d'anarsarque générale et s'étend jusqu'à la figure et aux paupières; les cavités viscérales cependant ne sont pas encore envahie par la collection séreuse. Tous ces malheureux succomberont tôt ou tard à leur mal; car ici, jusqu'à ce jour du moins, l'art n'a aucune prise, et l'on ne voit qu'exceptionnellement quelques guérisons lorsque le mal affecte déjà la forme chronique; et c'est malheureusement le cas le plus ordinaire,

— La néphrite albumineuse chronique est une maladie excessivement fréquente à Paris. Il n'est pas d'hôpital qui n'en reçoive au moins une trentaine de cas par an. Nous en voyons continuellement dans presque tous les services des hôpitaux, et nous pourrions en citer en ce moment une douzaine de cas en traitement. Elle se rencontre tout aussi fréquemment dans la pratique civile, dans toutes les classes et dans les deux sexes, dans toutes les constitutions, surtout chez des sujet scrofuleux, chez des femmes jeunes le plus souvent, et même chez des enfants. On ne connaît aucunement la cause ou les causes déterminantes de cette redoutable maladie, plus terrible encore que la phthisie, pour nous servir d'une expression de M. Rayer. Sa fréquence la rend d'autant plus effrayante que, nous le répétons, l'art est dans l'impuissance devant elle. On peut dire que cette affection a éclaté en quelque sorte subitement parmi nous, et qu'elle s'étend de plus en plus, par la raison qu'elle n'est connue que de nos jours, et elle n'est bien diagnostiquée dans tous le cas, du moins en France, que depuis le magnifique travail de M. Rayer. Un seul cas de ce genre ne s'échappe plus ni dans les hôpitaux ni en ville sans être diagnostiqué. Indépendamment de l'œdème, la couleur pâle de l'urine y conduit déjà; l'épreuve des réactifs éclaire de suite le praticien et complète le diagnostic. Nous avons, au reste, fait remarquer plus d'une fois que la seule présence de l'albumine ne suffit pas pour caractériser la maladie néphrétique, diverses conditions morbides de l'organisme pouvant amener cet élément dans les urines. Toujours est-il cependant qu'une foule de sujets qui succombaient autrefois à des affections de divers noms, n'avaient en réalité qu'une néphrite albumineuse méconnue. Tout cela est sans doute très satisfaisant pour la science, mais l'art et les malades qu'ont-ils gagné? Ceux-ci meurent plus savamment, mais ils meurent toujours comme par le passé; et quant à l'art, il est par cela même plus modeste et moins malfaisant qu'autrefois. Il faut, en définitive, convenir que, s'il est vrai que la maladie est bien connue dans sa condition matérielle locale, on ne la comprend pas assez dans ses manifestations générales; on ne sait pas quel est le véritable rapport entre l'état des reins et l'état de l'arbre vasculaire général qui entraîne les hydropisies, la tuberculisation et la mort. Il y a là, comme on le voit, un problème étiologique et thérapeutique du plus grand intérêt à résoudre. On a beaucoup fait pour la science, tout est encore à faire pour l'art dans cette formidable maladie.

Hôpital de la Charité. (M. Andral.)

Métro-péritonite grave, suite de blennorrhagie vénérienne. — Une jeune femme, âgée d'une vingtaine d'années, un peu chlorotique, était traitée pour une vaginite communiquée, laquelle touchait à sa fin, lorsqu'elle a accusé une douleur dans l'ovaire du côté gauche. Il s'en est suivi tous les symptômes d'une ovarite aiguë; puis l'affection s'est étendue à l'utérus et au péritoine. De là, métro-péritonite intense; ventre météorisé, balonné, excessivement douloureux au toucher; la douleur semblait s'irradier de l'ovaire primitivement malade; prostration; rétraction des traits de la physionomie; pouls à 140; vomissements fréquents, bilieux, porracés; syncopes, etc.; tout l'appareil en un mot des métro-péritonites graves était en présence. M. Andral a attaqué vigoureusement le mal à l'aide de saignées répétées, générales et locales (deux saignées du bras et deux applications de 30 sangsues chaque fois dans l'espace de trois jours), de boissons adoucissantes, de lavements émollients et de la diète absolue. Aujourd'hui, sixième jour de maladie, la patiente est mieux, le ventre se laisse palper sans douleur, les vomissements n'ont pas reparu depuis hier, l'intelligence est nette; le pouls cependant marque encore 124; la malade est pâle, elle s'évanouit au moindre mouvement pour la faire uriner ou lui faire prendre un lavement. M. Andral attribue les évanouissements aux saignées pratiquées, la malade étant chlorotique et n'ayant qu'un sang pauvre en globules. On prescrit l'expectation, les boissons et lavements *ut supra*, des cataplasmes émollients sur le ventre. M. Andral pense que la nature doit se suffire de ces simples accessoires et de ses propres forces pour la résolution complète de la maladie. La position de la patiente cependant est loin encore d'être tout à fait rassurante.

— On sait depuis longtemps que la vaginite vénérienne produit quelquefois une ovarite, laquelle se termine, dans quelques cas rares, par suppuration. Morgagni a insisté sur ces suites de la blennorrhagie chez la femme; dans son épître 44 on lit les lignes suivantes: « Panaroli a écrit (Pentec. 1, observ. 14) avoir trouvé une vomique dans chaque ovaire sur une femme morte après une gonorrhée chronique. » (n° 26). On voudra bien remarquer que, comme l'épididymite, l'ovarite blennorrhagique ne survient pas dans la période aiguë de la maladie vaginale. C'est au déclin que le mal marche vers les appendices organiques. On pourrait, par conséquent, trouver dans l'épididymite une parfaite analogie avec l'ovarite, que vient confirmer d'ailleurs le fait de la Charité. Quant à la péritonite, qui n'est dans ces cas qu'une expansion de l'ovarite, elle constitue un fait assez rare; et, sous ce rapport, l'observation ci-dessus est déjà digne de remarque. Nous devons noter enfin que dans le traitement, M. Andral s'en est tenu aux simples saignées, sans recourir aux mercuriaux *intus et extra*, tant recommandés en pareils cas. C'est là sans doute une conséquence du système iatro-chimique que suit M. Andral, comme M. Bouillaud. On écarte tous les remèdes dynamiques, on ne les étudie même pas, par la raison qu'ils restent incompris dans le cadre étroit de la thérapeutique du jour, et l'on s'en tient aux saignées répétées, au risque même d'amener des syncopes ou des convalescences longues, plus ou moins fâcheuses. Ce n'est pas là une critique que nous entendons faire à l'habile clinicien; nous exprimons seulement le regret de voir la thérapeutique du jour resserrée dans des limites aussi étroites par un système que nous regardons comme tout à fait rétrograde pour la science et pour l'art.

Chlorose. *Formes diverses. Complications.* — Cinq cas de chlorose existent en ce moment dans les salles de M. Andral, sur des jeunes filles de 18 à 25 ans. Trois d'entre elles présentent, avec les autres phénomènes propres à la chlorose, des nausées et même des vomissements. Ce caractère que nous avons déjà rencontré chez d'autres chlorotiques, notamment chez un vieillard très maigre couché dans le service de M. Bouillaud, et dont nous avons rapporté les détails, mérite une sérieuse attention chez les jeunes femmes, car il est pris aisément pour un phénomène de grossesse, laquelle peut ne pas exister. Nous faisons cette remarque à dessein, car chez l'une des trois jeunes personnes qui présentent ce symptôme dans le service de M Andral, il y a eu en même temps blennorrhagie ou vaginite vénérienne, et les vomissement coïncident avec l'absence récente des règles et une chlorose hystériforme datant d'un an. M. Andral présume que, chez elle, les vomissements se rattachent à un état de grossesse commençante, malgré les dénégations de la patiente. Malheureusement, l'art n'offre pas à cette période de moyens certains pour discerner si les vomissements sont purement chlorotiques ou dépendent d'autre cause. Cette malade avait été dans le même service, il y a un an, pour une chlorose; aujourd'hui cette affection existe encore, mais à un degré plus avancé, en ce sens qu'elle est compliquée d'hystérisme, ainsi que cela a toujours lieu par les progrès naturels de la chlorose. Rien ne manque dans ce cas, ni les palpitations de cœur, ni les étouffements, ni les battements dans la tête, ni le souffle carotidien, ni les appétits désordonnés; seulement la pâleur n'est pas excessivement grande. Les vomissements sont chez elle aussi un symptôme de chlorose, selon nous. Au reste, cette maladie n'a jamais été guérie chez elle, et il en est presque toujours ainsi à l'égard de la chlorose dans les hôpitaux de Paris. Nous verrons tout à l'heure pourquoi.

— Chez une seconde chlorotique qui prenait deux grammes par jour de carbonate de fer, il est survenu à l'hôpital même, du mal à la gorge avec bronchite. M. Andral a fait suspendre le ferrugineux jusqu'à la cessation de la bronchite. Ce praticien ne s'est pas expliqué sur la raison de cette suspension, mais cela tient sans aucun doute à la présomption où l'on est que les ferrugineux tonifient, échauffent, excitent l'organisme. Cette croyance, qu'on peut cependant démontrer comme tout à fait fausse, autoriserait en France le blâme contre un médecin qui persisterait dans l'usage du fer dans ces cas. Nous avons néanmoins pour pratique d'employer le carbonate de fer à haute dose contre les bronchites capillaires avec un avantage très marqué; nous avons plusieurs fois cité des cas de ce genre. Cette remarque n'a pas pour but de critiquer la prescription de M. Andral; elle apprend seulement à ne pas blâmer une conduite opposée dans un cas pareil. — Chez une troisième, M. Andral a mesuré la température dermique et il l'a trouvée 39° 1/2 c., c'est-à-dire un peu au dessus de l'état normal, ce qui est conforme aux observations du même genre que nous avons publiées il y a plusieurs mois. M. Andral a été surpris de trouver le pouls vibrant, chez cette jeune chlorotique, à 112-124. C'est ce qu'il appelle la fièvre des chlorotiques. La chlorose, dit M. Andral, est une maladie vraiment singulière! Et pourtant, ajoutons-nous, à entendre les humoristes, rien ne serait plus clair, puisque M. Bouillaud se fait fort de créer des chloro anémies et d'en déterminer le degré d'intensité, l'aréomètre à la main. Il est vrai que tout cela n'est qu'en paroles! — Dans le traitement de la chlorose, M. Andral se contente du seul carbonate de fer à la dose de 2 grammes par jour (40 grains); il ne prescrit ni le vin de Bordeaux, ni les côtelettes rôties tant vantés par M. Bouillaud, ce qui peut faire présumer que M. Andral tient moins à la théorie que ce dernier.

— Les faits dont nous venons de parler peuvent être rapprochés de l'article général que nous donnons sur la chlorose dans les pages ci-après. On voit là tous les caractères de la sub-artérite lente. Plus nous observons cette maladie, plus nous l'étudions cliniquement sous toutes ses faces, et plus nous trouvons la confirmation des doctrines que nous développons dans la monographie que nous donnons dans ce journal. Une circonstance remarquable sur laquelle nous avons déjà appelé l'attention, c'est la prédisposition très grande des chlorotiques aux maladies inflammatoires, en particulier au rhumatisme fébrile, qui n'est lui-même qu'une artérite intense, c'est-à-dire une exagération de la condition pathologique de la chlorose. La sub-artérite lente devient aiguë, intense, et se répand jusqu'à l'endocarde. Il est constant qu'après le rhumatisme chez ces sortes de sujets, la chlorose augmente, la pâleur devient excessive, alors même qu'on n'a pas tiré de sang ou qu'on n'en a tiré que très peu. On en voit un exemple en ce moment dans les salles de M. Chomel, à l'Hôtel-Dieu. Nous avons constaté le même fait chez les chlorotiques atteints de pneumonie, ce qui se lie l'affection méconnue du système artériel. La conséquence pratique que nous tirons de tout cela, c'est qu'il faut bien se garder d'exciter les chlorotiques par du vin, des aliments trop substantiels, de la canelle ou de l'opium, leur état pouvant s'aggraver promptement. Une condition importante dans leur traitement, c'est de les prémunir contre l'action du froid, crainte de réaction inflammatoire sérieuse. — L'on voit maintenant, d'après ce qui précède, pourquoi les chlorotiques ne guérissent point dans les hôpitaux de Paris : c'est qu'on a de fausses idées sur la maladie. On ne vise qu'à l'altération du sang, et l'on méconnaît les véritables indications thérapeutiques. L'on donne un peu de fer insoluble (carbonate, ou limaille métallique précipitée par l'hydrogène), et l'on croit avoir tout fait pour la guérison; tandis que, d'un autre côté, l'on neutralise souvent l'effet dynamique du fer par des additions d'actions opposées. Aussi le mal persiste-t-il longtemps, et les patients sortent à la fin tout aussi chlorotiques ou à peu près qu'ils l'étaient en entrant. On ne se doute même pas que, dans les hôpitaux de Paris, qui regorgent de chlorotiques, on ne guérit guère ces sortes de maladies; et ce qu'on soupçonne encore moins, c'est que cette affection n'est ni comprise, ni étudiée, grâces à l'humorisme moderne qui l'a entraînée dans ses ondes ténébreuses!

Diabète sucré. — Nous avons déjà parlé d'une malade atteinte de diabète sucré et que M. Andral traitait à l'aide d'une alimentation non féculente, c'est-à-dire de viande, de poissons, d'œufs, mais sans pain ordinaire. Au lieu de pain ordinaire on lui faisait prendre du pain de gluten.

Pour boisson, de l'eau alcoolisée. A l'aide de ce traitement qui n'avait d'autre but que de prévenir chimiquement la formation du glucose ou de sucre de raisin, et qu'on a suivi depuis plus de deux mois aussi exactement que possible, on a obtenu réellement une diminution notable de la quantité du sucre des urines, mais on n'a, en aucune manière modifié la condition pathologique de l'affection, puisque le sucre reparaît au même degré aussitôt qu'on accorde à la patiente quelque peu des aliments communs qu'elle desire vivement. En attendant, nous devons faire remarquer que la quantité des urines est restée à peu près la même; mais, ce qu'il y a de fâcheux, c'est que la malade ne tolère plus un pareil régime, elle éprouve des coliques, de la diarrhée et des vomissements, elle maigrit à vue d'œil et s'affaiblit considérablement de plus en plus. Il est évident que le mal marche vers sa terminaison fâcheuse ordinaire, vers la tuberculisation pulmonaire et l'atrophie générale, malgré ces mesures iatro-chimiques. — Une autre malade, jeune encore, atteinte de la même affection, se trouve en ce moment dans le même service. M. Andral la traite de la même manière; elle rend beaucoup d'urines, mais elle tolère très bien l'abstinence d'aliments féculents jusqu'ici, ce qui ne veut pas dire que son état maladif ait changé jusqu'ici en quoi que ce soit.

Nous avions aussi parlé d'un traitement pareil que M. Rayer faisait suivre depuis quelque temps à un diabétique couché dans ses salles. Le résultat a été le même que chez la première malade de M. Andral, c'est-à-dire illusoire, quant à la condition fondamentale de l'affection. Aujourd'hui ce patient a été ramené aux aliments ordinaires et il marche vers la décomposition comme si on n'avait rien fait. M. Rayer lui administre à présent huit grammes (deux gros) de bicarbonate de soude par jour, ce qui rend les urines alcalines, sans modifier le moins du monde la maladie en mieux. Nous présumons même, d'après les idées que nous nous sommes faites sur l'action dynamique des sels sodiques, qu'on ne pourra pas employer longtemps ce remède sans empirer la condition pathologique du diabète que nous croyons consister dans une asthénie vasculo-rénale. — Les tentatives iatro-chimiques dont nous venons de parler ne peuvent, dans aucun cas, guérir le diabète, attendu qu'elles ne sont dirigées que contre un phénomène secondaire de la maladie. Le diabète, en effet, ne consiste pas dans la présence du sucre dans les urines, ainsi que nous l'avons déjà vu dans un autre article. Il est donc à peu près indifférent que l'on s'efforce tant à faire disparaître cet élément du liquide excrété. C'est comme si dans un épiphora, dont les larmes seraient corrosives, ainsi qu'on en voit des exemples, l'on ne s'attachait qu'à faire prendre des délayants dans le but de rendre l'humeur lacrymale moins salée! Il est donc évident que la thérapeutique est à l'égard, du diabète, dans une fosse voie, et qu'il faut sortir de cet humorisme pitoyable qu'a dicté la chimie brute du jour pour espérer quelque résultat adoptable dans une saine pratique. Le premier pas à faire dans cette grave question est de commencer par définir, à l'aide d'observations cliniques et nécropsiques, la véritable condition pathologique de la maladie. Dire, en d'autres termes, ce que c'est que le diabète. C'est ce que M. Rayer a fait pour la néphrite albumineuse. Si les tâtonnements iatro chimiques dont nous venons de parler étaient innocents, on pourrait s'y livrer en attendant mieux ; malheureusement il n'en est pas ainsi. — Peut-on, jusqu'à présent citer un seul cas incontestable de guérison ou d'amélioration de diabète sucré à l'aide de ce système? Il n'y en a pas un seul, et il ne pourra jamais y en avoir, le système de M. Bouchardat, comme celui de Mialhe étant faux en principe.

PROPOSITIONS CLINIQUES.

Asthme. — D'après M. Cruveilhier, la condition pathologique essentielle de l'asthme ne consiste pas dans l'emphysème pulmonaire, ainsi qu'on le croit communément de nos jours, mais bien dans un spasme des vésicules bronchiques qui rend la respiration incomplète. L'emphysème pulmonaire manque, en effet, souvent chez les asthmatiques; il n'existe pas chez une malade qui est en ce moment couchée dans les salles de M. Cruveilhier, et pourtant les accès nocturnes sont extrêmement graves chez elle; sa respiration est sifflante, ce qui tient à la contraction spasmodique des vésicules bronchiques, d'après M. Cruveilhier. Un des caractères notés par ce praticien chez les asthmatiques, c'est un sentiment de compression à la poitrine, d'avant en arrière. Il a plus de confiance dans les saignées que dans l'ammoniaque pour combattre cette affection.

Digitale. — M. Andral administre préférablement la digitale par la voie du rectum, en infusion. Aussi est-il obligé d'en prescrire de fortes doses pour obtenir quelques effets. Chez un patient atteint de maladie au cœur, il en donne en ce moment 2 grammes (40 grains) par jour, infusés dans 100 gm (3 onces) d'eau, en un seul lavement. On comprend que cette voie d'absorption doit offrir des conditions très variables et qu'elle ne vaut pas celle de l'estomac.

Variole. — D'après M. Chomel, les boutons de la variole ne disparaissent pas dans l'ordre de leur apparition. Ceux de la voûte palatine et des autres muqueuses disparaissent les premiers, puis ceux du scrotum, puis ceux de la face, en dernier lieu ceux du tronc.

Zona. — D'après M. Rayer, l'éruption inflammatoire aiguë qu'on appelle zona s'accompagne de deux ordres de phénomènes : les uns nerveux, les autres inflammatoires. L'élément nerveux se manifeste par des douleurs cuisantes dans la région où l'éruption doit se faire, douleurs qui précèdent de quelques jours l'apparition de l'éruption, et qui suivent la direction de quelques nerfs intercostaux. Il se peut cependant à la rigueur que l'élément nerveux n'est autre en réalité que l'élément congestif, ou inflammatoire à l'état occulte.

Torticolis utérin. — A la suite de métro-péritonites partielles, l'utérus acquiert quelquefois des adhérences qui fixent son fond latéralement, à droite ou à gauche, en l'inclinant fortement. Son col se trouve alors fortement incliné dans le sens opposé dans le vagin; de sorte que si l'on y porte un spéculum, on a de la peine à découvrir le museau de tanche, et l'on ne peut l'engager dans cet instrument, le col restant fixé dans cette position vicieuse inclinée. Nous avons observé sur plusieurs femmes un pareil état de l'organe gestateur : c'est ce que nous avons appelé *torticolis utérin*. S'il est très prononcé, il met obstacle à la conception.

DOCUMENTS PRATIQUES.

—

Chlorose ou sub-artérite lente. (3e art.)

Reprenons aujourd'hui le sujet de l'anatomie pathologique de la chlorose. Nous avons vu dans l'avant-dernier numéro, p. 350, par des faits incontestables, qu'à un degré avancé la chlorose s'accompagnait de lésions matérielles graves, souvent même incurables, et que ces lésions n'étaient autres que des altérations des parois des grosses artères viscérales, en particulier de l'aorte thoracique et abdominale, conséquence de phlogoses lentes de ces mêmes parois. Nous avions rapproché de ces autopsies quelques cas graves de chlorose que nous avions sous les yeux en ce moment dans les hôpitaux, et nous disions que là encore la sub-artérite était déjà arrivée à la période d'altération matérielle dont on devait trouver des restes à l'autopsie. La mort vient de frapper un des sujets auxquels nous faisons allusion, et c'est par celui-là que nous devons commencer cet article.

Il s'agit d'une jeune personne, chlorotique depuis plusieurs années, et atteinte d'une affection organique au cœur. Elle a été reçue dans le service de M. Briquet, à l'hôpital Cochin, offrant les symptômes que nous avons déjà fait connaître dans l'avant-dernier numéro, p. 350. Les symptômes chlorotiques étaient des plus patents, et nous avions diagnostiqué une artérite aortique. A l'autopsie, on a trouvé toute l'aorte manifestement enflammée, depuis son origine jusqu'à sa division abdominale en iliaques. Ces détails nous ont été communiqués verbalement par M. Briquet lui-même; ils nous suffisent pour la question générale que nous traitons, bien qu'à la vérité nous eussions désiré être présent à l'ouverture du cadavre pour en retirer toutes les remarques utiles à la thèse que nous soutenons. Quelques personnes auxquelles nous avons fait part de ce fait nous ont demandé si l'artérite ne serait pas ici plutôt la conséquence de l'affection du cœur qui existait en même temps chez cette malade (hypertrophie du cœur avec altération des valvules et des orifices), par suite de l'attaque de rhumatisme articulaire fébrile dont elle avait été affectée. Nous répondons négativement, par la raison que la maladie primitive chez elle était la chlorose chronique, laquelle s'accompagne ordinairement d'une pareille affection de l'aorte; que l'affection organique du cœur s'observe à la longue chez les chlorotiques, sans que le rhumatisme y soit intervenu en aucune manière; et enfin que le rhumatisme lui-même qui n'est au fond qu'une artérite, laquelle se propage souvent jusqu'au cœur, est fréquent chez les chlorotiques, par la raison que la sub-artérite dont ils sont atteints les prédispose à l'artérite aiguë; de sorte que chez la jeune fille de l'hôpital Cochin nous ne voyons qu'une propagation de l'affection primitive jusqu'au cœur. Toujours est-il, au surplus, que chez cette malade, les pulsations épigastriques et le souffle carotidien se rattachaient ou s'unissaient à une artérite manifeste, ainsi que nous l'avions diagnostiqué sur le vivant. « La cardite chronique se rencontre fréquemment chez les chlorotiques, disent MM. Biaggi et Gargnani. Nous entendons indiquer, par ce nom, les individus dont le teint du visage est devenu jaunâtre, l'albuginée des yeux étant restée blanche ou bleuâtre; le pouls contracté et résistant; la peau le plus souvent rude (ravida), et non pas ceux qui sont pâles par structure délicate, ou par ténuité des parois du cœur et des gros vaisseaux artériels. Quand chez ces individus-là le pouls est fréquent et vibrant, ou tendu et énergique comme une corde (frizzino di frizzo energico), la cardite gauche chronique n'est point douteuse. A cette cardite est due la couleur jaunâtre du visage, par la raison qu'il s'adjoint l'artérite. Les autopsies que nous avons faites nous ont parfaitement confirmé dans cette opinion.» De là la susceptibilité du cœur à la moindre émotion, les battements, les palpitations par bonds de cet organe, le mal étant à la base, dans un ventricule à grosses parois et vers l'origine de l'aorte : aussi trouve-t-on les valvules aortiques presque toujours altérées, etc.

L'artérite chlorotique n'existe, au début, chez les jeunes filles que dans les vaisseaux utérins, ainsi que nous l'avons dit, et elle ne se propage que plus tard d'une manière patente à l'aorte, à ses branches principales et au cœur lui-même. Jusque-là la maladie ne règne qu'à l'état d'irritation simple dans les gros troncs, ou, pour nous servir de l'expression de M. Tommassini, d'aptitude, d'imminence à l'inflammation. Les faits suivants viennent à l'appui de cette assertion, et ils ont d'autant plus de valeur qu'ils émanent d'un observateur hostile à nos doctrines, et qui a adopté, à l'égard de la chlorose, les principes humoristiques que nous combattons.

4e *Fait.* — Deux jeunes personnes aménorrhéiques et chlorotiques depuis quelques mois, offraient des symptômes de surexcitation cardiaco-artérielle. On leur avait plusieurs fois appliqué des sangsues à la vulve et pratiqué des saignées du bras. Le sang n'avait présenté qu'un caillot mou, avec une sorte de fausse couenne, comme un voile bleuâtre. Elles sont mortes toutes les deux presque subitement des suites d'une chute. Elles ont été saignées de nouveau quelques instants après l'accident et peu d'heures avant la mort; le sang s'est offert comme précédemment. A l'autopsie, j'ai trouvé des exudations de sérum peu albumineux dans le péricarde, dans les plèvres, dans le péritoine, dans la cavité crânienne. *La face séreuse de l'utérus et de ses dépendances, ainsi que la partie inférieure du mésentère présentaient une injection sanguine capillaire, avec tous les caractères d'une hypérémie active, ou si l'on veut de congestion.* (Ematologia patologico-térapeutica di Casanava, p. 135. Milan, 1844.) L'auteur ne dit point dans quel état se trouvaient l'aorte et ses principales branches; mais ce qu'il appelle une hypérémie active de l'utérus et de ses annexes, prouve suffisamment que l'aménorrhée qui constitue l'un des phénomènes ordinaires de la chlorose se rattache bien à un état de surexcitation de l'utérus, et nullement à l'état général du sang que nous devons examiner tout à l'heure.

5e *Fait.* — Une jeune personne, chlorotique, dysménorrhéique depuis plusieurs mois, jouissait pourtant d'un bon embonpoint. On la saignait de temps en temps, tantôt du bras, tantôt du pied, plus souvent que les deux précédentes. Le sang présentait un caillot plus dur qu'à l'ordinaire, avec un rudiment de couenne à sa surface, mince comme un voile bleuâtre, de peu d'importance. Elle est morte 38 heures après avoir reçu une forte contusion à la tête avec fracture au crâne. Une saignée pratiquée dans le cours de cette maladie m'a offert un sang parfaitement semblable à celui des saignées précédentes. A l'autopsie, nous avons trouvé un épanchement de sang dans les méninges

avec injection sanguine de la masse cérébrale. La face séreuse de l'utérus, des ligaments larges et de la partie inférieure du mésentère était injectée comme dans une préparation anatomique. Nous avons regardé cette injection comme une hypérémie active, non inflammatoire, préexistant à l'accident (Casanava, ibid., p. 136). — Les mêmes réflexions que dans le fait précédent s'appliquent dans ce cas. Faisons seulement remarquer que le caillot des saignées antérieures à l'accident, ainsi que celui de la dernière saignée, loin d'être mou, comme dans une période plus avancée, était au contraire ferme, compacte et couvert d'une couenne, ce qui dément formellement les enseignements des humoristes qui supposent que le sang des chlorotiques est aqueux, altéré dans sa quantité et dans sa qualité dès le début.

6e *Fait.* — Une jeune demoiselle, forte, vive, bien portante, était devenue chlorotique à la suite d'une contrariété d'amour; elle était fiancée à un jeune homme, et son mariage avait été différé lorsqu'elle a commencé à éprouver des battements de cœur, de la gêne à la respiration avec symptômes d'étouffement en montant les escaliers; son pouls était devenu fréquent et faible, son derme leucophlegmatique avec une teinte scorbutique; plus tard, des taches s'étaient même présentées à la peau. Ces symptômes ont augmenté promptement et se sont terminés par une mort presque subite à la nouvelle d'un accident mortel que son futur époux venait d'essuyer. Le sang d'une saignée que je lui ai pratiquée une heure avant la mort avait été recueilli dans deux vases; il était sorti en plein jet et n'avait pas été suivi d'évanouissement. Il m'a présenté un caillot mou, presque liquide, sans couenne dans les deux vases. A l'autopsie, j'ai trouvé la partie inférieure du péritoine, en particulier celui qui enveloppe l'utérus et ses dépendances, et le mésentère inférieur fort injectés, et couverts de petites taches sanguines, ecchymosiques, analogues aux fausses pétéchies cutanées; du sérum en abondance, mais limpide et aqueux dans le ventre; du sérum sanguinolent dans le péricarde et dans les plèvres. L'injection du mésentère et de l'utérus était arborisée, d'apparence veineuse (Casanava, ibid.). Qu'on ne s'illusionne pas sur cet état de déliquescence du sang; nous verrons plus loin que c'est là l'effet d'une maladie chronique des parois des vaisseaux dans lesquels le sang s'élabore, se complète, se perfectionne. Ce qui nous importe de noter, c'est, quant à présent, la condition matérielle congestive de l'appareil générateur et la marche ascendante d'une pareille condition pathologique dans le ventre. Ajoutons cependant que si l'autopsie eût été faite avec plus de soin et sans idées préconçues, l'on aurait dans ce cas trouvé dans le cœur et dans les gros vaisseaux des lésions que nous signalerons dans d'autres cas analogues, et qu'on ne met en évidence que quand on sait les chercher sur le cadavre avec les précautions que nous indiquerons.

7e *Fait.* — Deux jeunes demoiselles et une jeune femme, toutes trois évidemment chlorotiques depuis plusieurs mois, avaient été obligées de se faire saigner de temps en temps, du pied, pour mettre un frein à des symptômes de surexitation cardiaco-vasculaire qu'elles éprouvaient, avec des douleurs vers la région du cœur et vers l'hypogastre. Ces douleurs offraient un certain caractère inflammatoire et n'étaient apaisées que par les saignées répétées. En effet la douleur s'accompagnait souvent de fièvre nocturne, avec agitation, chaleur vive, rougeur au visage, tension abdominale, surtout vers l'hypogastre, de constipation ou de diarrhée, ou même de dyssentérie. Ces symptômes ont pris le dessus et se sont terminés par la mort. Une dernière saignée pratiquée quelques heures avant la mort m'a donné un sang couvert d'une couenne de plusieurs lignes d'épaisseur; le caillot était épais et consistant. A l'autopsie, nous avons trouvé manifestement enflammée la séreuse péritonéale qui enveloppe l'utérus et ses annexes, et la portion inférieure du péritoine; la séreuse péricardiaque était elle-même légèrement enflammée. L'injection vasculaire dans toutes ces régions était manifestement inflammatoire, à spirales tortueuses, d'une teinte rosée-livide, par plaques, et couverte de flocons albumineux, avec épanchement de sérum albumineux, avec pseudo-membranes analogues à la couenne du sang (Casanova, ibid.). L'auteur déduit de ces observations le corollaire suivant : « Il est évident par ces faits, dit-il, et par d'autres pareils que je possède, que très fréquemment la chloro-anémie s'associe à un travail, soit phlogistique du péritoine utérin et des gros vaisseaux cardiaques, soit d'hypérémie de ces organes, avec sécrétion de fausses membranes, avec sérum albumineux ou non albumineux, selon le degré d'intensité de ce travail. »

Une remarque intéressante à la suite des cas si communs de ce genre, de chlorose, de chloro-anémie ou d'hydrémie, et qui se compliquent d'un état inflammatoire aigu, est celle-ci : Le sang que les théories humorales du jour représentent chez ces sujets comme altéré, décomposé, déglobulé, défibriné, hydropique ou séreux, se recompose tout d'un coup en cas d'inflammation franche; il donne à l'instant un caillot compacte, résistant et couvert plus ou moins de couenne, comme chez tout autre individu non chlorotique, non hydrémique. Quel miracle en un instant! Le sang serait donc, d'après les superbes médecins humoristes, une sorte de girouette, de crême fouettée qui tourne, change d'état d'un moment à l'autre au moindre souffle inflammatoire, et il acquiert en un clin d'œil la fibrine, les globules qu'il n'avait pas? Et comment d'ailleurs un sang hydrémique, ou chloro-anémique, pauvre en globules et en fibrine, sur un organisme qu'on suppose asthénisé, peut-il concourir à donner naissance à des pleuro-pneumonies, à des péritonites, etc.? Les humoristes ne s'expliquent pas sur ces absurdes bizarreries. Nous verrons bientôt, la preuve en main, qu'au milieu de leurs théories iatro-chimiques, ces savants n'ont que de fausses idées sur la chlorose.

8e *Fait.* — On lit dans le *Giornale delle scienze medico-chirurgiche*, de Pavie (août 1837), le cas d'un jeune homme, paysan, qui, à la suite de chagrins, a été saisi d'angéioïte lente, c'est-à-dire de chlorose, laquelle, au bout de cinq mois, s'est terminée par la mort. A l'autopsie, on a trouvé l'aorte abdominale épaissie, tuméfiée dans son enveloppe extérieure; elle présentait en même temps le *vasa vasarum* gorgés de sang; la membrane moyenne ou fibreuse était ramollie, l'interne ulcérée. Les alentours de ces ulcérations étaient couverts de matière purulente et d'une rougeur vive. (Castiglioni, Mém. sur l'anat. path. de l'artérite, couronné par l'Acad. de Bologne, p. 115. 1845.)

Pour que la chlorose laisse après elle des lésions matérielles aussi prononcées, il faut que l'artérite ait eu beaucoup d'intensité et de durée : aussi les autopsies ne donnent-elles pas toujours des résultats aussi

nets. On en trouve cependant des exemples nombreux dans les recueils d'anatomie pathologique ; il s'agit seulement de savoir les discerner, car souvent la chlorose a été méconnue, et le fait enrégistré sous un autre titre; mais en lisant les détails avec attention, on les caractérise aisément et on les rapporte à leur véritable catégorie. En voici quelques-uns que nous empruntons à Morgagni.

9e *Fait.* — Une femme, âgée de 40 ans, mère de quatre enfants, de constitution délicate, de caractère irascible, habituellement sobre, mais exposée à des causes de chagrin et de colère, avait perdu l'appétit; ses menstrues existaient encore lorsqu'elle a été saisie de palpitations de cœur, qui l'ont poursuivie jusqu'à la mort, avec un sentiment d'érosion dans la poitrine et au dos. De l'œdème s'est déclaré au membre inférieur du côté droit. On a cru à une affection hystérique, à cause des accès de resserrement à la mâchoire qu'elle éprouvait. La femme s'est affaiblie de plus en plus, et elle a succombé. L'autopsie a été faite par Vallisnieri en présence de Morgagni. On n'a trouvé que des lésions légères et de peu de valeur au cœur et aux viscères, mais l'aorte était moins grosse qu'à l'état normal. « Ce qu'on apercevait dans l'aorte, quoique pouvant aussi paraître léger au premier aspect, fut cependant reconnu beaucoup plus grave dans tout le tronc de cette artère, qui fut ouvert dans le sens de sa longueur, non seulement dans la poitrine, mais encore bientôt après dans le ventre. En effet, toute la face interne depuis le cœur jusqu'à l'endroit placé au dessous des orifices des artères émulgentes, comparée avec le reste jusqu'à sa division en iliaques, s'éloignait évidemment de sa blancheur et de son poli naturels qui se voyaient dans cette dernière partie, et *présentait une couleur jaune et une surface qui semblait dépendre, à des yeux un peu plus attentifs, de ce qu'elle formait en certains endroits de légères saillies, et en d'autres de petits sinus.* Mais tout cela existait à la surface seulement... D'un autre côté, dans le voisinage des artères émulgentes, la lame intérieure s'enlevait sans aucune difficulté avec l'ongle quand on y touchait légèrement. Du reste, il n'existait nulle part aucun endurcissement dans l'aorte. Mais la lésion qui a été décrite dans une si grande étendue de cette artère, s'étendait au moins dans quelques-unes de ses branches supérieures, comme je le remarquai en examinant leurs orifices à l'endroit de leur courbure. Le foie était pâle. La rate était dure sans être grosse. Les parois de l'utérus, sain du reste, étaient aussi endurcies, mais en même temps épaissies. Les ovaires étaient durs également et blancs à l'extérieur, sans être petits. — Le sang dans tout le cadavre était abondant et partout liquide.» (Epitre 23, n° 4.)

— « Si vous réfléchissez, dit Morgagni, que la face interne de l'aorte, au lieu d'être polie comme si elle était ointe d'un liquide onctueux, était devenue rude et inégale, comme je l'ai dit, et par cela même moins glissante et moins molle, et que par conséquent elle résistait davantage, non seulement au passage du sang, mais encore à la distension opérée par ce liquide; et si vous considérez que la tunique musculeuse résistait encore plus à raison des convulsions des fibres qui avaient été plus ou moins fortes, mais tellement fréquentes, que je *trouvai même sur le cadavre le tronc de l'aorte un peu contracté*, il sera évident pour toutes ces causes, et principalement par la dernière, quelle résistance l'aorte opposait au sang; en sorte que le cœur devait faire de plus grands efforts, d'une part, pour surmonter ces obstacles, et de l'autre, pour chasser entièrement le liquide qui s'arrêtait souvent en quelque partie dans son intérieur : or, je conçois que l'une de ces circonstances ait été la cause des palpitations du cœur. » (Ibid., no 5.) Dans un autre cas analogue, la tunique interne de l'aorte se laissait aisément déchirer par lambeaux par la pression de l'ongle (Ibid., n° 6). Dans un troisième, où les symptômes chlorotiques étaient tout aussi manifestes, l'auteur dit : « Je l'ai trouvée (l'aorte) ossifiée, non seulement à côté de la mésentérique inférieure et ailleurs, mais encore à sa division en iliaques; d'ailleurs elle était inégale en différents points, et elle offrait çà et là une couleur blanchâtre, qui lui est ordinaire lorsqu'elle commence à devenir osseuse» (Ibid., n° 8). Morgagni ajoute enfin, pour expliquer les symptômes : « On ne doit certainement pas nier qu'une aorte telle que je l'ai décrite ne résiste au sang poussé par le cœur, et ne puisse donner lieu par là à des palpitations, à une difficulté de respirer, et à ce sentiment d'oppression dont la femme était tourmentée » (Ibid., n° 9).

10e *Fait.* — Homme adonné à la débauche, aux plaisirs vénériens et aux alcooliques. Symptômes d'hypochondrie et de chlorose. A l'autopsie, « la face interne de l'aorte était tout entière remplie de proéminences et de pustules, qui se continuaient dans toutes les branches qui furent ouvertes, et nommément dans les artères sous-clavières, les carotides et les artères coronaires du cœur lui-même; ces dernières étaient, de plus, extrêmement dilatées, surtout l'une, qui égalait presque la grosseur de la carotide gauche .. *Cerveau.* Dans la pie-mère, tous les troncs des artères et tous leurs rameaux, surtout ceux qui se dirigent vers le plexus choroïde, étaient beaucoup plus gros que dans l'état naturel et plus dur; et quand ils eurent été desséchés, ils présentèrent une nature osseuse en plusieurs endroits. De plus, on vit presque la même chose dans les artères de la dure-mère, qui étaient devenues aussi elles-mêmes un peu grosses. » (Épitre 27, n° 28.)

Ces faits n'ébranleront pas les humoristes, nous le savons bien, par la raison qu'ils ne s'attachent qu'à l'état du sang, c'est-à-dire à l'un des phénomènes secondaires de la chlorose, les ossifications artérielles n'étant pas à leurs yeux des résultats de phlogose. Cependant on vient de voir qu'indépendamment des ossifications, il existait en même temps des épaississements, des ramollissements, des rétrécissements, des rugosités, des abcès multiples, des plaques de matière plastique, des ulcérations à la surface ou entre les membranes de l'aorte. Ne sont-ce pas là des restes grossiers et ultimes d'une artérite lente? Et quant à la lithiase artérielle, nous dirons qu'il faut être bien en arrière de l'état actuel de la science pour nier que cette altération soit le résultat d'un épanchement de matière plastique entre les membranes du vaisseau, sous l'influence d'une phlogose sourde; laquelle matière, de liquide qu'elle était en origine, a passé à l'état mou, puis de terrification, et enfin d'os-

sification véritable, ainsi que cela a été démontré jusqu'à l'évidence par la docteur Castiglioni, de Milan, dans un magnifique mémoire que nous venons de citer, et qu'a couronné l'Académie des sciences de Bologne. Les médecins qui prennent les pulsations exagérées de l'aorte et de ses gros troncs chez, les chlorotiques, pour un phénomène nerveux auront à nous dire comment il se fait qu'à la suite de ce phénomène, l'aorte ou les autres artères se sont trouvées, à l'autopsie, organiquement altérées, comme dans les faits que nous venons de citer. Consultez d'ailleurs les savants qui n'ont pas trempé dans le misérable système humoral que nous combattons, vous verrez placer le symptôme en question au nombre de ceux de l'artérite. « Les symptômes de l'artérite sont, dit Lobstein, une augmentation de chaleur dans la partie malade, une douleur qui suit la direction du vaisseau enflammé, *des pulsations plus fortes et plus précipités*, et qui déterminent une espèce de fièvre locale. Je ne serais pas surpris, en effet, que la contractilité des artères ne fût rehaussée par l'état inflammatoire dans lequel elles se trouvent. » (Anat. path., t. 2, p. 549.) Ne voit-on pas les mêmes pulsations dans le panaris, dans les ophthalmies intenses et dans la plupart des inflammations phlegmoneuses? Notez bien qu'il s'agit ici de l'artérite aiguë, l'auteur n'ayant pas connu la sub-artérite chronique. Or, nous avons vu, dans le cas de l'hôpital Cochin que nous venons de rapporter, que les pulsations exagérées de l'aorte existaient sans chaleur excessive et sans chaleur morbide, ce qui se comprend aisément. Néanmoins, dans le cas de ce malheureux vieillard couché à la clinique de M. Bouillaud, et dont nous avons dans le temps rapporté les détails (août 1845, p. 181), les pulsations épigastriques s'accompagnaient d'une chaleur plutôt exagérée. Le docteur Guereschi fait remarquer, avec raison, que, dans la migraine congestive, l'artère temporale du côté malade offre des pulsations exagérées par une sorte d'irritation de ses membranes, comme l'aorte dans l'artérite lente des chlorotiques. (Saggio sulle malattie intermittenti, p. 39. Parme, 1845.) D'ailleurs, qu'est-ce, en définitive, la névrose artérielle des humoristes, sinon une hypothèse?

« Une observation très rare est celle d'une artérite congénitale sur un fœtus monstrueux. Cet enfant, chez lequel la masse cérébrale était remplacée par un vaste sac membraneux, rempli de sérosité, et sur lequel se ramifiaient les artères et les veines, avait la carotide primitive gauche altérée; ses parois épaissies, enflammées, rouges à leur surface interne; la cavité de cette artère était rétrécie par du sang coagulé qui lui était fortement adhérant. La carotide primitive droite partageait cette affection, quoiqu'à un moindre degré. » (Lobstein, ouvr. c., p. 543.) Quel rapport y a-t-il entre ce fait et la chlorose? C'est que, d'après nos observations, les enfants nés hydrocéphales sont en même temps chlorotiques, et les enfants nés chlorotiques deviennent aisément hydrocéphales, ascitiques ou hydrothoraciques, la source de la collection aqueuse étant dans l'artérite propagée aux séreuses. Ce sujet est digne de l'attention la plus sérieuse; et pourtant l'on ne se doute même pas qu'il y a là une mine de richesses à exploiter au profit de la thérapeutique. Qu'on ne croie pas cependant que chez les enfants chlorotiques l'artérite existe au degré avancé qu'on vient de voir dans l'observation ci-dessus. Nous nous expliquerons plus loin à cet égard.

D'après les autopsies des docteurs Biaggi et Gargnani, l'artère pulmonaire elle-même est enflammée chroniquement, en même temps que l'aorte et les carotides chez certains chlorotiques. Le malade offre alors, disent ces observateurs, des ondulations dans les jugulaires et une grande prédisposition à la pneumonie. Les mêmes auteurs ajoutent : « Dans l'endocardite gauche, le visage est rouge; et s'il y a en même temps artérite intense et étendue, le visage devient chlorotique, la muqueuse des lèvres et celle des paupières s'anime. L'endocardite gauche s'accompagne ordinairement de vibrations spontanées des carotides, par la raison que ces artères, ainsi que l'aorte, sont enflammées : aussi ces malades présentent-ils en même temps des mouvements pulsatiles (*sussultorii*) à l'épigastre. » Un médecin de Londres, M. Nottingham, a publié dans le *Médical Times* (22 févr. 1845), un article sur les pulsations abdominales; il a bien parlé des anévrismes qui expriment un degré très avancé d'artérite, mais il a méconnu complétement la subphlogose lente des artères qui est la source véritable des battements exagérés et des anévrismes dans une époque éloignée. — Nous dirons dans le prochain numéro avec quelles précautions il faut procéder à l'autopsie des sujets chlorotiques pour reconnaître les sub-artérites légères qui passent ordinairement inaperçues dans nos amphithéâtres.

CLINIQUES CHIRURGICALES.

QUESTIONS SPÉCIALES.

La rétraction des doigts par des brides accidentelles nous a déjà fourni matière à plusieurs articles dans ce journal. Les récherches récentes de M. Gerdy sur la rétraction des tissus albuginés ont conduit à considérer la difformité dont il s'agit à un point de vue étiologique tout à fait nouveau. Nous croyons par conséquent devoir reprendre un instant cette question, à l'occasion de deux cas de ce genre qui viennent d'être opérés dans les hôpitaux. Rapportons d'abord ces deux faits qui intéressent surtout par le procédé opératoire simple et efficace qu'on a suivi. Dans l'un, il s'agit d'une femme, âgée d'une cinquantaine d'années, cuisinière, qui s'est présentée à la consultation de l'hôpital St-Louis (service de M. Jobert); elle portait depuis quinze ans le doigt médius de la main droite rétracté vers la paume, à angle aigu sur la première et seconde phalanges; le bout de ce doigt se trouvait ainsi à peu de distance de le paume, ce qui l'incommodait beaucoup pour son travail. Cette rétraction avait été la conséquence d'un abcès que la malade affirmait avoir eu vers la base de ce doigt. A

l'examen, le crochet se laisse allonger un petit peu, et cet effort fait saillir une forte bride sous-cutanée, s'étendant, comme une corde tendue, depuis la base du doigt jusqu'à l'extrémité antérieure de la première phalange. Cette bride était touchable, évidemment indépendante du tendon sous-jacent. M. Jobert l'a opérée de la manière suivante : il a étendu fortement le crochet avec une main, tandis qu'avec l'autre, armée d'un bistouri ordinaire à trousse, il a enfilé transversalement le dessous de la bride à son extrémité postérieure, il a promené la lame d'arrière en avant jusqu'à l'extrémité antérieure de la corde où il a fait sortir le bistouri obliquement, c'est-à-dire en faisant de la bride et de la peau qui la couvrait un triangle dont la base se trouvait à la racine du doigt, le sommet vers l'articulation des deux premières phalanges. Ce triangle a été soulevé absolument comme dans une amputation à lambeaux, et l'on a regardé au fond de la plaie pour voir s'il n'existait pas là d'autres tissus indurés. On a étendu le doigt et réappliqué le lambeau sur la plaie. Par suite de ces manœuvres, le lambeau s'est rétracté en partie vers sa base, et la plaie s'est allongée; en conséquence, il n'a couvert que la moitié postérieure seulement de la surface saignante, la moitié antérieure de cette surface étant restée dénudée, et elle a été abandonnée à la suppuration. L'extension du doigt n'a pu se faire complétement, vu la déformation probable des surfaces articulaires médio-phalangiennes. On a pansé la plaie dénudée à l'aide d'un linge fenétré, enduit de cérat, et de la charpie par dessus; toute la paume de la main a été matelassée d'une masse de charpie jusqu'à la hauteur du poignet et au delà du niveau de l'extrémité du doigt malade; une petite attèle de bois, droite, par dessus cette charpie, dans la direction du doigt, et une bande assez serrée pour redresser le doigt, ont completé le pansement. La femme est revenue huit jours après se faire repanser. On n'a pas touché à l'appareil; seulement on a resserré la bande dans le but d'agir sur l'attèle de redressement. Huit jours plus tard, on a changé l'appareil, le doigt s'est beaucoup allongé, il est presque tout à fait droit, le lambeau triangulaire est cicatrisé; la portion dénudée de la plaie est en bonne voie de cicatrisation aux dépens de la peau saine et mobile des parties latérales qui marchent spontanément à leur rencontre réciproque. La femme peut déjà faire mouvoir le doigt dans toutes les articulations de cette partie; elle peut être déjà considérée comme parfaitement guérie; mais il est utile de continuer pendant quelque temps encore l'extension à l'aide de l'attèle.

Dans le second cas, il s'agit d'un jeune homme, âgé d'une vingtaine d'années, que M. Blandin vient d'opérer à l'Hôtel-Dieu, d'après le même principe de l'excision d'un lambeau autoplastique. La rétraction existait, dans ce cas, au petit doigt de la main droite. M. Blandin s'y est pris cependant autrement que M. Jobert; il a commencé par circonscrire la bride par deux incisions parallèles, une de chaque côté, dans toute sa longueur; ensuite il a traversé horizontalement les tissus sous-jacents à la bride vers l'extrémité antérieure, et il a promené le tranchant d'avant en arrière; de manière à faire sortir le sommet du triangle vers la racine du doigt. Ainsi, dans le premier cas, la base du triangle était vers le métacarpe et le sommet dirigé vers l'ongle; tandis que le contraire a eu lieu dans le second. Le principe opératoire cependant a été le même dans les deux cas. Chez ce jeune homme, l'allongement du doigt a été complet, la difformité n'étant pas très ancienne. Le pansement a été fait, dans le cas de M. Blandin, à l'aide d'une palette digitale, placée sur la face dorsale. La guérison a été parfaite. — Le mode opératoire que nous venons de décrire, dans ces deux procédés, est digne d'attention; il est bien meilleur que la simple incision transversale recommandée par Dupuytren; il se rattache à un principe important, déjà adopté depuis plusieurs années en autoplastie, savoir, le lambeau par double glissement. Le premier glissement est constitué par le lambeau triangulaire qui entraîne avec lui toute la bride et enlève par là l'agent rétractile. Le second, résulte du travail suppurant ou de réparation de la plaie laissée à découvert, travail qui s'exécute spontanément par le rapprochement des parties latérales de la peau. On sait que M. Riberi, le premier, a opéré exactement de la même manière l'ectropion de la paupière supérieure, par un procédé qu'on désigne, à tort, communément, sous le nom de procédé de Jones. Nous faisons à dessein cette remarque pour prémunir les chirurgiens contre les prétentions de quelques spécialistes très savants qui inventent beaucoup de choses, jusqu'à la guérison des abcès par congestion!

Les brides dont il s'agit sont de plusieurs ordres : les unes dépendent d'un simple épaississement du tissu cellulaire sous-cutané; les autres, d'une rétraction des languettes de l'aponévrose palmaire; d'autres, de ces deux causes à la fois; d'autres enfin de la gaîne d'un tendon ou du tendon lui-même. Quel que soit, au reste, celui de ces tissus qui constitue la source mécanique de la rétraction, les recherches de M. Gerdy nous ont appris à ramener toutes ces rétractions à une seule et même cause : une irritation, une phlogose lente, qui agit sans cesse sur l'élément albuginé, sur le tissu cellulaire, ou cellulo-fibreux, l'épaissit, lui enlève l'élasticité naturelle, le raccourcit par conséquent, l'empêche de s'allonger, et les parties se trouvent ainsi rétractées. C'est ainsi aussi qu'à la suite d'une blennorrhagie ancienne, l'urètre se coarcte et se rétrécit. Qu'une cause mécanique quelconque agisse pendant longtemps sur la paume de la main, comme l'usage habituel du marteau, par exemple; ou bien qu'une phlogose chronique s'y établisse autrement, comme, par exemple, par propagatinn d'un panaris, ainsi qu'on vient de le voir chez la femme de l'hôpital St-Louis, le résultat est le même et les doigts se rétractent. Si le mal est récent, on peut espérer de le guérir à l'aide de remèdes anti-

phlogistiques et émollients locaux, ainsi que nous l'avons vu par plusieurs faits que nous avons recueillis dans le service de M. Gerdy, notamment de cas relatifs à la rétraction de l'avant bras et de la main, et que nous avons fait connaître. On ne s'étonnera plus, d'après ces remarques, qu'un grand nombre de ces rétractions, quoique anciennes, guérissent heureusement par l'usage des eaux minéro-thermales, aux sources mêmes, surtout à celles des Pyrénées, dans des cas où l'opération avait été jugée indispensable à Paris. L'on comprend pareillement que les seuls moyens capables de prévenir la formation de ces brides, ou d'en empêcher l'action progressive une fois déclarées, sont ceux-là mêmes dont nous venons de parler. Malheureusement, à la main, les causes qui les produisent agissent sans cesse, par la raison qu'elles se rattachent à l'exercice même de certaines professions : aussi est-il difficile, par cela même, d'obtenir par les secours en question des effets bien durables. Il en est autrement de l'opération que nous venons de décrire. Cette opération, au reste, n'est applicable qu'aux seuls cas où la bride est superficielle et peut être comprise dans un triangle autoplastique comme dans les deux cas qu'on vient de lire.

La luxation de l'extrémité scapulaire de la clavicule dont l'étude nous a déjà occupé dans un autre numéro (juillet 1845, p. 138) revient encore aujourd'hui sous notre plume, à l'occasion d'un cas de ce genre chez une jeune femme couchée à l'hôpital St-Louis (service de M. Jobert). La lésion est des plus évidentes ; et si nous y revenons, c'est pour rappeler que la pratique généralement adoptée, et qui consiste à abandonner la luxation à elle-même, a été combattue par notre article, nous basant sur des faits dont on a pu apprécier la valeur. Aujourd'hui nous pouvons appuyer nos conclusions en faveur de l'appareil que nous avions recommandé par un nouveau fait qui nous est commun avec notre confrère, M. le docteur Lerma. Cette question est beaucoup plus importante qu'on ne le croit, la luxation non réduite de l'extrémité externe de la clavicule pouvant constituer, surtout chez les jeunes femmes de haute condition, habituées à une toilette décolletée, une difformité fâcheuse. Voici les détails de la nouvelle observation qui prouve positivement que cette luxation peut être retenue parfaitement et guérie sans la moindre difformité, à l'aide d'un bandage dextriné convenablement organisé.

— Vers la moitié du mois de novembre dernier, M. le docteur Lerma, ex-médecin en chef d'un des hôpitaux militaires d'Afrique, est venu me prier de me rendre en consultation avec lui auprès d'un malade qui venait de tomber d'un échaffaud très élevé, et qu'il avait déjà pansé. Nous nous sommes rendus rue de l'Hôtel-de-Ville, n. 126, auprès du nommé Duzou (c'est le nom du blessé) qui venait d'être transporté chez lui ; il était entouré d'une vingtaine de compagnons-maçons, tous prêts à lui rendre service, à obéir au moindre signe pour les soins à donner à leur chef. Le malade était couché en supination, répondait bien quoique lentement aux questions ; il venait de sortir d'un état de demi-stupeur, conséquence d'une légère commotion cérébrale. La chute avait eu lieu vers les deux heures de l'après midi ; nous étions à huit ou neuf heures du soir au moment de cet examen. Par conséquent, six heures environ s'étaient passées depuis l'accident. M. le docteur Lerma, qui avait déjà vu deux ou trois fois le malade, avait dû ne s'occuper d'abord que du phénomène le plus urgent, la commotion. En conséquence, il avait pratiqué une forte saignée du bras, appliqué des sangsues aux membres inférieurs et des fomentations froides sur la tête. L'examen momentané, pendant les premiers secours, avait fait reconnaître à M. Lerma une lésion à l'épaule du côté gauche, sans plaie nulle part ; rien autre d'apparent dans le reste du corps. En conséquence, il avait dû attendre que les phénomènes de la commotion fussent dissipés en partie pour s'orienter sur la nature de la lésion de l'épaule et des moyens à employer. Il lui avait semblé cependant, d'après les apparences du moignon de l'épaule et une certaine mobilité crépitante, que le col de l'humérus pourrait peut-être être fracturé. Il avait donc pris le sage parti de poser un appareil provisoire qui fixait le bras au tronc, et de s'éclairer postérieurement par un examen plus direct du véritable état des choses. La saignée copieuse et les autres moyens prescrits par M. Lerma avaient déjà produit un bon effet, puisque le malade était mieux à notre arrivée ; il ne se plaignait que de douleur à l'épaule blessée et à la tête ; son pouls était fort et plein, marquant 90-100 par minute ; chaleur fébrile, visage animé ; pupilles naturelles ; pas de symptômes encéphaliques en ce moment. Il s'agit, au reste, d'un sujet de constitution athlétique.

Nous avons examiné ses membres inférieurs et son tronc ; pas de lésion, si ce n'est une énorme ecchymose à la partie externe de la cuisse du côté droit. Pour explorer l'épaule gauche, seule partie qui a dû alors fixer toute notre attention, nous avons fait placer le malade sur son séant. Au premier coup d'œil, la forme du moignon de l'épaule rappelait celle d'une luxation de la tête de l'humérus. On voyait en effet une saillie osseuse au devant de l'épaule, ce qui produisait une sorte d'aplatissement de la partie arrondie du moignon, par le fait de la distension que les muscles de cette partie éprouvaient, précisément comme quand la tête humorale a quitté la cavité glénoïde et que la voûte coracoïdo-acromiale vient faire saillie sous la peau distendue du moignon. L'examen manuel cependant nous a de suite orienté sur la véritable nature du désordre. Une main portée dans le creux axillaire, tandis que l'autre faisait exécuter au coude divers mouvements d'élévation, de rotation, d'abaissement, jusqu'à porter le coude contre le tronc, nous a assuré que l'humérus n'était ni luxé, ni fracturé. Un seul signe nous suffisait d'ailleurs pour éclairer ce premier point de l'absence de luxation de l'humérus : la possibilité d'appliquer le coude contre le tronc ; et ce qui le confirmait, c'était la compression exercée avec le bout des doigts contre le muscle deltoïde, et qui faisait sentir la tête humorale dans sa position naturelle. Quant à la fracture du col, elle a été également écartée, vu que le membre pouvait être élevé, baissé, mis en rotation sans crépitation ni douleur dans cette partie. Ce premier point vidé, nous sommes arrivés ainsi, par voie d'exclusion, à la tumeur formée sur le moignon de l'épaule, en dehors et en arrière de la voûte acromiale. Cette tumeur proéminait au milieu des parties molles gonflées et douloureuses de la région ; elle distendait fortement la peau et offrait le volume d'un petit œuf de poule. En la touchant, elle était mobile,

et cette mobilité se communiquait à la clavicule. Dès lors, notre diagnostic était déjà manifeste : nous avions à faire à une luxation complète de l'extrémité correspondante de la clavicule, en dehors et en arrière. Ce qui nous a confirmé dans ce jugement, c'est que l'épaule était à la fois affaissée et rentrée, c'est à-dire moins éloignée de la base du cou que celle du côté opposé; ou si l'on aime mieux, l'espace acromio-sternal s'était raccourci (de 3 à 4 centimètres environ). D'un autre côté, la direction axuelle de la clavicule était changée, elle se portait en arrière vers la tumeur; et enfin, en saisissant le milieu de la clavicule avec deux doigts, nous pouvions remuer facilement cette tige osseuse, et ces ébranlements qui étaient très douloureux faisaient remuer la tumeur dont nous venons de parler, et y produisaient même une sorte de crépitation sourde.

Nous rappelant l'excellent précepte du docteur Morel-Lavallé sur cette luxation, précepte que nous avions dernièrement mis en évidence dans un article que nous avions donné nous-même sur cette luxation (voy. Ann. de thérapeutique, juillet 1845, p. 138), nous avons, au lieu d'abandonner la luxation à la nature, ainsi que le veulent quelques chirurgiens éminents des hôpitaux de Paris, nous avons, disons-nous, réduit la luxation et placé un appareil dextriné de la manière suivante.—Le malade assis sur une chaise sans dossier, M. Lerma a tiré fortement l'épaule en dehors et en haut, à l'aide de ses deux mains placées dans le creux axillaire, l'une en avant, l'autre en arrière, et les deux pouces croisés contre le haut du moignon, tandis que de notre côté, nous avons saisi la clavicule vers son milieu et l'avons attirée en avant. A l'instant, la réduction s'est parfaitement opérée avec une sorte de bruit de *craquement*. La difformité a disparu et l'épaule a repris sa rondeur normale. Les choses maintenues en cet état par les mains des aides, nous avons rempli le creux axillaire à l'aide d'un coussinet doux, plein de son, fixé avec deux cordons noués sur l'épaule du côté opposé. Une première bande sèche a servi à fixer le coude à demi-fléchi contre le tronc et plusieurs compresses longuettes graduées, posées sur l'épaule, derrière la clavicule luxée, de manière à s'opposer à un nouveau déplacement de cet os.

Cette bande sèche, de 10 à 12 mètres de longueur, a été placée ainsi : circulairement d'abord au tour du tronc et du coude ensemble; puis, passant du côté opposé de la poitrine, au dos, à l'épaule blessée, par dessus les compresses, a descendu le long du bras, sur le coude fléchi; remontée ensuite de bas en haut du coude à l'épaule, et décrivant ainsi un grand nombre de triangles entre le coude et l'épaule, de manière à passer toujours par des doloires d'arrière en avant, sur les compresses graduées de l'épaule, et couvrir toute l'épaule et le bras par ces tours répétés. Pour fixer ces tours de bande, on passait de temps en temps un jet autour du tronc, et l'on remontait toujours la bande par derrière le dos pour revenir sur l'épaule malade. En définitive, cette première bande sèche formait des triangles isosceles se rencontrant par leur sommet sur l'extrémité luxée de la clavicule et couvrant le tronc par leurs côtés. Cette première bande n'était en réalité qu'une sorte de doublure légère de la cuirasse dextrinée que nous voulions poser.—Une seconde bande de même longueur ou plus que la précédente, préalablement préparée à la dextrine à l'ordinaire, a été posée par dessus, exactement comme la bande sèche, formant ainsi une enveloppe complète au bras, au tronc et à l'épaule, par des triangles répétés, avec la précaution de laisser partout un liséré de la bande sèche à découvert pour prévenir tout frottement douloureux. Cet appareil, quoique plus long à terminer, a offert réellement une solidité inébranlable et un aspect élégant. Nous avions eu la précaution de ne tremper qu'à peine la bande dans une solution faible de dextrine (250 grammes dans une demi-bouteille d'eau-de-vie), et de l'exprimer autant que possible en la roulant, cela étant suffisant pour coller solidement, et permettant d'ailleurs de se sécher promptement sans laisser de vide entre elle et la peau. Nous avons terminé par passer sur la cuirasse un dernier vernis avec le reste de la solution de la dextrine.

Une autre saignée a été faite le lendemain; sulfate de magnésie, limonade, cataplasmes sur la cuisse. M. Lerma a suivi le malade. Les choses ont bien marché; le malade s'est plaint seulement deux jours après de douleurs lancinantes vers la face interne du bras, mais ces douleurs ont été peu intenses et se sont graduellement dissipées. L'appareil a été maintenu pendant un mois ou six semaines, le malade se levait déjà quelques jours après la pose du bandage. Nous avons été présent avec M. Lerma quand il s'est agi de l'ôter. Le malade a été mis dans un bain à l'ordinaire. *La réduction était parfaite.* La clavicule avait en effet conservé la position que nous lui avions donnée lors de la réduction, et l'épaule ne présentait pas la moindre saillie, pas la plus légère différence avec l'épaule saine. Une petite excoration sans importance existait à la face interne du bras. Le membre a été tenu en écharpe pendant quelques jours; aujourd'hui, le patient s'en sert parfaitement comme de l'autre, et les bienfaits du pansement dextriné persistent dans leur intégrité. Nous croyons que cette méthode résout un problème important de thérapeutique chirurgicale, et que le précepte d'expectation inactive enseigné jusqu'ici n'est plus adoptable désormais.

Hôtel-Dieu (M. Roux).

Staphyloraphie. *Hémorrhagie très grave.* — Un jeune homme âgé d'une vingtaine d'années, de bonne constitution, portait dès sa naissance une division au voile du palais et à la voûte palatine. L'écartement des os palatins était considérable, et par conséquent aussi celui des deux moitiés du voile. M. Roux l'a opéré, il y a trois jours, en suivant le procédé qu'il a l'habitude de mettre en usage en pareils cas; c'est-à-dire, il a passé trois anses de fil à l'ordinaire, a raffraîchi les bords, puis, avant de nouer les fils, il a divisé avec le bistouri, horizontalement, les deux côtés du voile, vers les points de leur attache au bord postérieur de la voûte osseuse, dans le but de rendre extensibles et facilement coaptables les deux lambeaux pendant leur affrontement. Chacune de ces incisions partait donc de la fente accidentelle du voile, sur le bord postérieur de la voûte osseuse, et s'étendait horizontalement en dehors dans l'étendue de deux centimètres environ, ce qui a rempli parfaitement le but, car le voile palatin s'est aussitôt détendu, relâché, et la suture a été aisée et parfaite. Aussitôt que ces deux incisions ont été faites, il s'est écoulé du sang assez abondamment par les narines et par la bouche; M. Roux a dû attendre un peu que ce sang diminuât pour serrer les nœuds. Cet écoulement est inévitable en pareils cas; cependant M. Roux a remarqué qu'il avait été ici plus abondant qu'à l'ordinaire. Quoi qu'il en soit, l'opération a été achevée parfaitement et il ne coulait plus alors que très peu de sang. Deux heures après, cet écoulement était devenu plus abondant, il en coulait par flots des deux narines et il a continué ainsi pendant cinq heures : on a évalué à 1500 grammes environ (trois livres) la quantité de sang perdue. Le jeune homme était devenu pâle, faible et l'on redoutait avec raison des conséquences fâcheuses. Dans

ces entrefaites, on est allé à la recherche de M. Roux qui s'est empressé d'accourir à l'hôpital; mais déjà plusieurs heures s'étaient écoulées, et l'écoulement diminuait. Les élèves internes qui avaient secouru le malade en l'absence de M. Roux, avaient déjà essayé plusieurs moyens : ils avaient appliqué de la glace autour du front et du cou, comprimé temporairement les carotides, porté des morceaux de glace dans la bouche du patient, appliqué des sinapismes transcurrents aux bras, et fait prendre au malade différentes positions dans le but de favoriser la formation de caillots obturateurs. L'état de l'opéré était devenu des plus alarmants, lorsque M. Roux est arrivé sur les lieux. Mais par cela même que le patient était affaibli, l'écoulement diminuait. M. Roux a prescrit de continuer l'usage de la glace dans la bouche et il a pris des mesures pour porter au besoin un fer incandescent sur les deux petites plaies transversales, car c'était de là que l'hémorragie émanait. Heureusement la lenteur de la circulation a permis à des caillots obturateurs de se former, et le sang s'est arrêté dans la soirée. Les narines étaient alors pleines de caillots; l'arrêt a été définitif. Aujourd'hui, troisième jour de l'opération, le malade est pâle, faible, mais il a repris son courage; son pouls est petit et fréquent. M. Roux n'a pas voulu cependant prolonger une diète sévère à laquelle on avait été forcé jusqu'ici. En conséquence, on vient de lui injecter dans l'estomac, à l'aide d'une sonde passée par une narine dans l'œsophage, deux bonnes tasses de bouillon gras substantiel et un demi-verre de vin sucré. Il s'est servi pour cette injection d'une grosse sonde urétrale de gomme élastique et d'un mandrin ordinaire assez flexible pour glisser devant la parois postérieure du pharynx. Cette introduction a été extrêmement facile; aucun effort d'éternument ni de toux n'est venu déranger la position du voile du palais. Il va sans dire que la narine qui était pleine de caillots a dû être débarrassée pour le passage de la sonde. L'hémorrhagie n'a pas reparu, le malade s'est senti restaurer par cette injection; on doit recommencer trois fois par jour la même injection et ajouter au bouillon des substances féculentes. On ne peut savoir encore, au reste, quelle sera l'issue de la suture palatine.

— L'accident dont nous venons de parler se présente pour la première fois dans l'opération de la staphyloraphie; il n'a été mentionné par personne, et M. Roux, qui compte jusqu'à présent cent onze staphyloraphies dans sa longue pratique, ne l'avait jamais rencontré. Rappelons-nous d'abord que le sang provenait des deux coches horizontales que l'opérateur avait faites à la base du voile du palais; or, c'est là justement que les artères palatines que donne la maxillaire interne viennent, à l'état encore volumineux, commencer leurs arborisations qui doivent enlacer, en quelque sorte, le voile mobile. Le bistouri a donc pu diviser quelques-uns de ces petits troncs artériels, ce qui explique déjà l'hémorrhagie et commande la prudence dans de pareilles entailles à la base épaisse du voile palatin. On a remarqué pendant les manœuvres de compression des carotides, chez ce malade, que le sang venait plus abondamment de la narine du côté droit que de celle du côté gauche; c'est qu'à droite justement les artères sont et plus abondantes et plus volumineuses. Cette explication, au surplus, ne rend pas le fait moins insolite, par la raison que sur plus de 40 individus, ayant le voile et la voûte osseuse du palais fendus, auxquels M. Roux a pratiqué la staphyloraphie, il a constamment exécuté les deux entailles en question, et jamais il n'est survenu le moindre accident. Du sang s'est écoulé, il est vrai, par les narines et la bouche, mais il avait été toujours peu abondant et s'était arrêté promptement. On prévoit déjà, d'après ce qui précède, que la même hémorrhagie pourrait se montrer sur d'autres et se terminer fâcheusement. Le sang est difficile à arrêter dans cette région; cependant dans un cas de péril vital, où la cautérisation au fer rouge aurait échoué, il ne faudrait pas hésiter à couper les fils de la staphyloraphie afin de relâcher les lambeaux du voile du palais, et à porter dans les deux petites plaies horizontales un petit tampon d'amadou qu'on soutiendrait pendant quelque temps avec les deux pouces; ou à tamponner en même temps les fosses nasales d'arrière en avant, de manière à comprimer les petits troncs artériels qui se rendent au voile du palais. M. Roux ne compte jusqu'à présent que trois seuls cas de mort sur un total de 111 opérés de staphyloraphie; mais c'est pour des accidents d'un autre genre, survenus soit à l'occasion, soit dans une époque éloignée de l'opération, et par des dispositions constitutionnelles particulières.

D'un autre côté, M. Roux s'est préoccupé, chez ce malade, de l'influence que la glace portée dans la bouche pourrait avoir sur la plaie du voile du palais. Voici ce qu'il a raconté à ce sujet. En 1829, lorsque A. Cooper se trouvait de passage à Paris, M. Roux a opéré en présence de ce grand praticien un magistrat âgé de 30 et quelques années, qui était affecté de division congénitale simple du voile du palais. La voûte palatine était intacte. Le patient se prêta avec une docilite parfaite à toutes les injonctions du chirurgien, et l'opération a été exécutée avec une grande précision. C'était dans l'été, les chaleurs étaient excessives, la diète et la température élevée altéraient vivement le patient. En conséquence, M. Roux a cru pouvoir permettre à l'opéré de tenir continuellement des morceaux de glace dans la bouche. Cette action réfrigérente continue a fait avorter l'inflammation adhésive des lambeaux suturés; et le quatrième jour, lorsque les fils ont été ôtés, il ne s'était fait aucune réunion. Une année plus tard, l'opération a été pratiquée de nouveau par M. Roux chez ce patient; on a saisi un moment de température modérée de l'atmosphère, on s'est abstenu de glace, le succès a été complet. Et il y a eu ceci de remarquable chez cet opéré, que la parole s'est rétablie avec une netteté parfaite, à tel point qu'il est aujourd'hui au rang des meilleurs orateurs du barreau de France; il a passé de la place des magistrats muets à celle d'avocat général, puis de procureur-général. Nous mentionons à dessein ce résultat, car il est rare. Après la staphyloraphie la plus heureuse en effet, la prononciation ne s'améliore qu'incomplétement le plus souvent, lorsqu'il s'agit de division congénitale; et c'est là un phéno-

même qu'on ne comprend pas suffisamment jusqu'à ce jour, ainsi que nous avons essayé de l'établir dans un article spécial, il y a quelques mois (nov., p. 307). Disons enfin, comme une chose digne de remarque, que l'opération de la staphyloraphie, créée par M. Roux, il y a 25 ans, est encore aujourd'hui pratiquée par ce chirurgien et par la généralité des praticiens, exactement de la même manière comme la première fois. Quelques modifications ont été apportées, il est vrai, au manuel opératoire primitif; mais elles ont été abandonnées comme inutiles ou vicieuses : aussi nous abstiendrons-nous de décrire ici la manœuvre suivie chez le malade ci-dessus.

Hôpital de la Charité (M. Gerdy).

Luxation de l'avant-bras. *Cas remarquable.* — Un enfant de bonne constitution, âgé de dix à douze ans, s'est luxé le coude du côté gauche en arrière, en tombant pendant qu'il jouait avec d'autres enfants à l'école. Le coude s'est gonflé, est devenu douloureux. Un médecin appelé à le soigner a pris le mal pour une entorse et l'a traité en conséquence. Plus de deux mois se sont passés dans cet état. Les souffrances et le gonflement persistant, les parents ont consulté un étudiant en médecine qu'ils connaissaient. Celui-ci a reconnu une luxation et a fait des tentatives de réduction; il a cru avoir réussi, et l'on est resté dans le *statu quo* pendant plusieurs semaines encore. Enfin, le petit patient a été reçu à la Charité, dans le service de M. Gerdy. A l'examen, on a constaté de suite une luxation des deux os de l'avant-bras en arrière; la poulie de l'humérus faisait saillie en avant dans le pli du bras, tandis que l'olécrâne proéminait en arrière. Ces saillies cependant n'étaient pas très considérables, soit parce qu'elles étaient un peu atrophiées à cette époque, soit parce qu'elle sont peu développées à cet âge. On a constaté en même temps que la tête du radius avait quitté ses rapports articulaires avec le cubitus. L'accident datait déjà de trois mois; l'avant-bras restait dans la pronation forcée, la supination était impossible; la région du coude était peu mobile, les parties semblaient comme ankylosées. Pour rendre la réduction possible, M. Gerdy a commencé par couper, à l'aide d'un ténotome et d'après la méthode sous-cutanée, le tendon du triceps brachial, puis toutes les brides tendineuses, aponévrotiques ou autres, qui entouraient la tête du radius. Ces incisions exécutées, les os de l'avant-bras sont devenus très mobiles au coude, de sorte qu'on espérait obtenir la réduction. Des extensions graduées, mais assez fortes cependant, ont été faites sans le moindre résultat, les os luxés sont restés inébranlables, ils n'ont pas descendu d'une ligne. (Nous présumons qu'il y avait eu probablement fracture en même temps que luxation dans l'origine.) Après ces tentatives, M. Gerdy n'a pas cru prudent d'insister d'avantage, et les choses ont été abandonnées à la nature. La ténotomie a fait quelque bien, puisque, depuis lors, l'enfant remue quelque peu son membre et il commence à s'en servir. La lésion existe maintenant depuis quatre mois environ. — La question des luxations irréductibles de l'avant-bras ayant été traitées dans le dernier numéro, nous y renvoyons le lecteur pour y puiser les réflexions pratiques que cette observation pourrait faire naître. Rappelons seulement ici que cette irréduction n'a pas de conséquences graves, l'expérience ayant appris que le membre reprend très bien ses usages principaux à la longue, ainsi que cela résulte des faits que nous avons cités. Quelques personnes s'imaginent que la ténotomie favorise merveilleusement la réduction dans ces cas. Laissons ces merveilles aux charlatans!

Ulcère chronique et ostéite tibiale. *Dangers de la guérison de l'ulcère et de la position élevée du membre.* — Un homme âgé de quarante ans environ, d'assez bonne constitution, robuste, portait depuis longtemps un ulcère d'une largeur énorme à la jambe du côté gauche, envahissant la moitié inférieure et antérieure de ce membre. Le tibia était en même temps hypertrophié, enflammé, dans toute son étendue, soit primitivement, soit consécutivement à la formation de l'ulcère. La suppuration était excessivement abondante et fétide. M. Gerdy a placé le membre sur un plan incliné très élevé, ainsi qu'il a l'habitude de le faire dans ces cas (à l'aide d'une chaise couchée dans les couvertures aux pieds du lit, d'un coussin de paille et d'une alèze) dans le but de favoriser le dégorgement des tissus boursoufflés, et de pansements à sec. Cette mesure, qui ordinairement suffit à elle seule pour guérir promptement les ulcères simples, ainsi que nous l'avons vu plusieurs fois dans le service de M. Gerdy, n'a cependant pas suffi pour la guérison dans ce cas, à cause de la présence de l'ostéite tibiale sur laquelle elle gisait. Quelques temps après on a ajouté l'usage des ventouses scarifiées autour de l'ulcère, puis des bandelettes à la Baynton. L'état de l'ulcère s'est beaucoup amélioré, il s'est rétréci considérablement et paraît marcher rapidement vers la guérison. Dans ces entrefaites, cependant, le malade a été pris d'abord d'accidents congestifs du côté des viscères abdominaux; puis de symptômes de même espèce du côté de l'encéphale; enfin de pneumonie. Trois fois le malade a dû être saigné pour ces accidents viscéraux, et aujourd'hui encore les deux poumons sont manifestement engoués, congestionnés; son pouls est fort, pléthorique, sans pourtant être fébrile. M. Gerdy s'est hâté de suspendre la guérison de l'ulcère, en enlevant les bandelettes compressives et le plan incliné; le malade semble aller mieux depuis. M. Gerdy attribue les phénomènes congestifs dont nous venons de parler à une double cause : à l'élévation du membre abdominal (et par conséquent à la pesanteur sur la marche des liquides) et à la guérison trop brusque de l'ulcère ancien. M. Gerdy a vu l'apoplexie résulter de cette double cause; et il est remarquable que chez le malade ci-dessus les trois cavités viscérales ont été à la fois ou successivement frappées de congestion.

Déjà M. Gerdy nous avait fait voir des faits de même espèce.

Hôpital Saint-Louis (M. Jobert).

Phimosis congénital. *Cas compliqué.* — Le nommé Gagnepeu, âgé de 13 ans et demi, entra à l'hôpital Saint-Louis, le 11 oct. 1845, avec une phimosis congénital. Il ne s'était jamais plaint de ce vice de conformation. Ses parents ne s'en étaient pas aperçus. Le gland était complétement recouvert par le prépuce; on ne pouvait apercevoir qu'avec beaucoup de peine le pertuis qui donnait passage à l'urine; on ne pouvait y introduire qu'avec difficulté le stylet le plus délié. Lorsqu'on cherchait à mouvoir le prépuce, on sentait qu'il était immobile; il semblait qu'il était adhérent à la surface du gland. On fit l'opération le même jour de son entrée à l'hôpital. On introduisit un stylet cannelé et on incisa. On crut alors réellement à l'adhérence du prépuce, car après une incision assez considérable des téguments, il était impossible d'apercevoir la surface externe du gland. On continua la dissection, et enfin on arriva sur la surface externe du gland. En introduisant alors une sonde cannelée, il fut facile de s'assurer qu'il n'y avait point d'adhérence, mais le gland était légèrement atrophié, et la portion du prépuce en contact avec lui était considérablement augmentée (un demi centimètre environ); elle était également résistante, *cartilagineuse.* On attira en avant le prépuce et on en excisa une portion assez considérable; on ne laissa qu'environ le quart de cette portion cartilagineuse qui venait adhérer à la base du gland. On pansa la plaie avec du linge cératé et de la charpie, en ayant soin de tenir le gland à découvert. La plaie se détergea, l'endurcissement et l'épaississement du prépuce diminuèrent à mesure que la cicatrisation s'opérait. Le malade sortit de l'hôpital huit jours après l'opération, la plaie étant à peu près cicatrisée. Il revint à l'hôpital le 2 décembre, la plaie était complétement cicatrisée, la presque totalité du gland pouvait être mise à découvert, mais il restait encore un peu de gonflement, d'œdème du prépuce, qui ne tardera probablement pas à disparaître et qui permettra de découvrir le gland dans sa totalité. — On peut rapprocher ce fait d'un autre plus compliqué encore, que nous avons rapporté il y a quelque temps (tome 2). D'où l'on doit conclure que l'opération du phimosis congénital n'est pas toujours chose simple et facile. Il est remarquable, au reste, qu'une fois mis à découvert, le gland atrophié se développe et reprend en peu de temps son volume et ses fonctions naturels.

Amputation du col utérin répétée trois fois. *Cautère actuel. Guérison.* Une femme, âgée de 46 ans, avait subi, il y a huit mois, l'amputation du col utérin par les mains de Sanson à la Pitié, pour une affection probablement cancéreuse. Quelques mois plus tard, le mal repullulait, et la patiente se faisait recevoir de nouveau à la Pitié. Cette fois, elle fut reçue dans le service de M. Gendrin. Ce médecin la traita à son tour, et il opéra de nouveau la malade, d'après le dire de celle-ci; on ne peut cependant bien comprendre si c'est à l'aide de caustiques ou du bistouri qu'elle fut réopérée. Quoi qu'il en soit, elle en sortit guérie; mais une nouvelle récidive ne tarda pas à se faire, et la patiente se dirigea cette fois dans le service de M. Ph. Boyer, à Saint-Louis. Ce chirurgien l'opéra pareillement, en excisant des masses fongueuses qui s'étaient engendrées sur la cicatrice. Cette opération cependant n'eut pas plus de résultat durable que les précédentes, car une nouvelle récidive eut lieu. La malade se fit alors recevoir dans le service de M. Jobert. Les trois opérations ci-dessus avaient été pratiquées dans l'espace de deux ans, et la malade se trouvait à peu près dans le même état qu'avant la première amputation. Cette fois, les végétations fongueuses furent attaquées à l'aide du fer incandescent: elles furent détruites successivement avec la portion restante du col, jusqu'au niveau de l'adhérence de la muqueuse vaginale sur cette partie. La guérison eut lieu, mais il restait à savoir si elle serait plus durable que les précédentes. Cette femme est revenue depuis, tous les ans, à l'hôpital Saint-Louis, se faire examiner. Dernièrement, elle est revenue encore; elle a été observée au spéculum en notre présence; la guérison est parfaite et elle dure ainsi depuis six ans. Le col est entièrement détruit; la muqueuse vaginale forme un véritable bourrelet autour d'une cicatrice blanche, infundibuliforme, de la largeur d'une pièce de cinq francs. Les effets du cautère actuel ont donc, dans ce cas, été plus heureux, par la raison peut-être que ce moyen a pu détruire graduellement toute la partie malade, tandis que le bistouri n'avait pu étendre jusque là son action.

Fistule vésico-vaginale. *Nouvelle méthode opératoire. Guérison.* — Dans le dernier numéro nous avons rapporté, page 399, les détails d'une opération de fistule vasico-vaginale que M. Jobert venait de pratiquer le 23 décembre dernier, en suivant un mode opératoire nouveau que nous avons décrit. Aujourd'hui, un mois après l'opération, cette malade se trouve parfaitement guérie. Nous devons, en conséquence, faire connaître la conduite qu'on a tenue dans les pansements postérieurs à la rédaction de notre article. On se rappelle qu'après la suture le vagin avait été modérément tamponné, et qu'une sonde avait été placée en permanence dans la vessie par l'urètre. Cette sonde transportait au dehors toutes les urines; le vagin a aussitôt cessé de recevoir de ce liquide, et la vulve, qui jusqu'alors était incessamment mouillée, irritée par le contact de l'urine, et par suite, gonflée, ulcérée, douloureuse au moindre mouvement, s'est bientôt améliorée et est revenue petit à petit à l'état normal. Deux ou trois jours après, le tampon vaginal a été enlevé et il n'a pas été remplacé depuis. Les urines ont continué à couler par la sonde; mais quand celle-ci se déplaçait le liquide revenait de nouveau,

en partie du moins, par le vagin. La patiente a été très indocile, elle ôtait la sonde quand elle se sentait incommodée ; un jour même elle s'est levée, a marché dans la salle après avoir ôté la sonde. On a surveillé dès lors la malade et insisté sur le maintien de la sonde en permanence. Quinze jours se sont passés dans cet état d'expectation, sans toucher aux fils de la suture. A cette époque on a senti, par le toucher vaginal, que l'un des nœuds de la suture tombait aisément; on l'a donc retiré. Puis, huit jours plus tard, c'est-à-dire trois semaines après l'opération, un autre fil a été extrait. Ainsi donc, les fils de la suture ont été abandonnés, pour tomber spontanément comme ceux de la ligature des artères. Vers le quinzième jour de l'opération, et après la chute des premiers fils, un peu d'urine continuait à s'échapper toujours de temps en temps par le vagin lorsque la malade dérangeait la sonde; mais à partir de la troisième semaine la sonde a pu être ôtée sans que l'urine s'extravasât. Aujourd'hui, l'usage de la sonde a été tout à fait abandonné ; pas une goutte d'urine n'a plus passé dans le vagin, la femme vide de temps en temps la vessie à volonté, comme à l'état normal. Notez bien qu'avant l'opération ses urines passaient en totalité par le vagin, même alors qu'elle restait couchée. La guérison paraît donc complète. Nous avons prié M. Jobert de garder pendant quelques temps encore à l'hôpital cette malade, afin que nous puissions l'étudier ultérieurement, non seulement au spéculum, mais en attirant l'utérus au dehors comme au moment de l'opération. Il intéresse surtout de voir comment la nature s'est accommodée à la nouvelle disposition que l'opération a imprimée aux parties profondes du conduit vulvo-utérin. Nous le répétons, il s'agit ici d'un principe opératoire tout à fait nouveau; il importe donc de l'étudier dans toutes ses conséquences. Nous reviendrons sur ce sujet.

DOCUMENTS CHIRURGICAUX.

Dénudation des os. — D'après M. Velpeau, les abcès froids du crâne, qui s'accompagnent de dénudation ou d'érosion superficielle des os ne doivent pas être ouverts largement pour mettre l'os à découvert, ainsi qu'on l'avait conseillé jusqu'ici. Ce praticien nous a fait voir deux ou trois cas de ce genre; une petite ponction latérale a fait évacuer le pus, le stylet a constaté la dénudation ou l'érosion dans une étendue plus ou moins grande; on a comprimé les téguments décollés; et malgré l'étendue très grande de ce décollement, l'adhésion s'est opérée, l'os s'est, par conséquent cicatrisé, et la guérison a eu lieu sans s'exposer à aucun des dangers inhérents à l'ancienne pratique. L'adhésion arrive plus facilement encore si la dénudation ou l'érosion a succédé à une cause traumatique, suppurante ou non.

Artrhopathies.—D'après M. Blandin, les affections articulaires suppurantes ou qui menacent suppuration, telles que tumeurs blanches, coxarthrocaces, caries vertébrales ou abcès par congestion, doivent être traitées par des appareils inamovibles, ce qui n'exclue pas l'usage d'autres remèdes connus. Nous avons déjà plusieurs fois parlé des avantages de cette mesure de l'inamovibilité que M. Blandin exécute à l'aide de deux alèzes, dont l'une, passée autour des aisselles, s'attache au chevet; l'autre aux membres inférieurs, et est fixée à une barre aux pieds du lit. Plusieurs malades de ce genre sont en ce moment traités de la sorte à l'Hôtel-Dieu; ils s'en trouvent parfaitement, et on le comprend. Cependant il est regrettable que d'autres chirurgiens ne l'aient pas adoptée jusqu'ici.

Fracture du col du fémur. D'après M. Gerdy, Boyer s'est trompé en disant que l'un des caractères constants de la fracture du col du fémur était l'impossibilité de soulever volontairement le membre en totalité. On voit en ce moment une vieille femme à la Charité, dont la fracture, qui date de douze jours, est des plus évidentes, le grand trochanter étant remonté, le membre raccourci et tourné dans l'extroversion, la hanche déformée, une crépitation manifeste s'y faisant entendre dans les mouvements rotatoires, etc., et pourtant la patiente peut très bien relever le membre d'une seule pièce, sans qu'il y ait d'engrenage ni de pénétration entre les fragments. La femme pouvait déjà exécuter le soulevement à compter de quelques jours après l'accident. M. Gerdy a vu d'autres cas pareils; il s'explique le phénomène par l'appui que l'extrémité supérieure du fragment inférieur trouve, chez quelques sujets, sur les débris résistants de la capsule, débris sur lesquels il remonte par le chevauchement. Ce qui empêche généralement ce soulèvement pendant les premiers jours, c'est la douleur : aussi y a-t-il similitude parfaite avec la contusion de la hanche. Il importe par conséquent de ne pas s'en laisser imposer par ces circonstances dans le diagnostic, et de s'enquérir de l'époque de la chute. D'après le fait que M. Gerdy nous a fait observer, la remarque de Boyer paraît réellement trop absolue.

Nécrose des phalanges. — Lorsqu'une phalange d'un doigt est nécrosée, par suite d'un panaris ostéique ou autrement, M. Velpeau ne l'ampute pas avec les parties molles correspondantes de manière à mutiler le doigt; il attend que la phalange devienne mobile; il élargit les trous fistuleux par de simples incisions, et il *désosse* le doigt, pour ainsi dire, savoir, il enlève la seule phalange et conserve les parties molles. Ces parties reviennent un peu sur elles-mêmes, se rabougrissent légèrement, le doigt devient un peu plus court, mais il reprend parfaitement ses fonctions en conservant d'ailleurs sa forme. Cette pratique est surtout d'un immense avantage quand il s'agit de la phalange unguéale du pouce ou de l'indicateur. Dernièrement, M. Velpeau nous a montré un cas de ce genre au pouce de la main droite, où la phalange avait été enlevée ainsi par dégaînement, l'ongle était conservé, et l'on avait de la peine à reconnaître qu'une opération quelconque avait été exécutée sur ce doigt; les chairs étaient fermes, mobiles à volonté, le doigt était plus court que l'autre.

BULLETIN OPHTHALMOLOGIQUE.

—

Procidence de l'iris du corps ciliaire et du corps vitré à travers la sclérotique, sans déchirure de la conjonctive (M. Velpeau). — Un homme âgé d'une quarantaine d'années, de constitution vigoureuse, s'est frappé, en tombant, à l'angle interne de l'œil droit avec le manche d'un gros couteau qu'il avait en main. Il a éprouvé une vive douleur à l'œil, et sa vue s'est aussitôt éclipsée de ce côté. Une réaction inflammatoire vive s'en est suivie. A son entrée à l'hôpital, on constate à l'angle interne de l'œil, en dehors de la circonférence de la cornée, une petite tumeur du volume d'un gros pois, couverte de la conjonctive distendue. Au premier aspect elle ressemble exactement à une grosse phlyctène sémi-diaphane, ou à un kyste hydatique. La circonférence de sa base repose, nous le répétons, sur la sclérotique et elle passe sur la limite de cette membrane avec la cornée. En regardant attentivement l'iris à travers la cornée, on ne trouve pas la moitié interne du champ irien ; il se trouve évidemment entraîné vers la tumeur. On voit bien, cependant, la moitié externe de cette membrane qui paraît fortement tiraillée; la pupille est fort dilatée, le fond de l'œil est noir, la vision est éteinte, mais le patient croit pouvoir distinguer de ce côté le jour de la nuit. La conjonctive qui couvre la tumeur et lui sert de coque est sillonnée de quelques vaisseaux sanguins. L'accident est déjà arrivé depuis quinze jours ou d'avantage, l'ophthalmie réactionnelle a disparu, il n'y a presque plus de photophobie et l'examen de la tumeur peut se faire à loisir.

On prévoit déjà, d'après ces caractères, qu'il s'agit d'une déchirure sous-conjonctivale de la sclérotique, à l'union de cette membrane avec la cornée, ou un peu plus en dedans vers la caroncule, sans lésion de continuité de la conjonctive, avec prolapsus du corps ciliaire, du bord correspondant de l'iris et d'une portion de vitrine à travers la déchirure sus-indiquée. Nous ne savons si nous nous sommes bien expliqué ou si l'on nous a bien compris, vu les conditions inusitées de ce cas. Répétons donc qu'il s'agit ici d'une contusion de l'œil qui a déchiré la sclérotique sans rompre la continuité de la conjonctive; qu'à travers cette déchirure le corps ciliaire, l'iris, l'humeur aqueuse de la chambre postérieure et le corps vitré sont venus faire hernie, proéminer sous la conjonctive et y former une tumeur dans le tissu sous-conjonctival, ou plutôt un kyste dont les parois sont formées, en avant, par la conjonctive distendue, en arrière, par la face externe de la sclélotique. Les humeurs aqueuse et vitrée se trouvent, en avant, à l'état demi-transparent; le corps ciliaire et l'iris sont sans doute au fond de ce kyste, comme l'intestin dans la vaginale testiculaire hydropique, dans la hernie congénitale des enfants; mais on ne peut les apercevoir, leur volume étant petit et les humeurs ci-dessus indiquées les cachant à la vue. Bien que la procidence de l'iris et du corps ciliaire ne puisse pas être démontrée dans la tumeur, son existance est incontestable d'après l'entraînement du champ irien appréciable du côté de la cornée. Nous avons la certitude que si on perçait le kyste avec une lancette, on trouverait au fond les procidences dont il s'agit. Il est d'ailleurs des cas analogues dans la science; nous avons parlé avec détails, dans la dernière édition de notre traité d'ophthalmologie, des blessures analogues à la précédente; nous avons même cité des cas où le cristallin lui-même est venu faire hernie sous la conjonctive sclérotidale. Cette observation est, comme on le voit, des plus remarquables et digne d'être enregistrée.

Ophthalmite post-fébrile. On a vu, dans le dernier numéro, quels étaient les symptômes, la marche, les terminaisons de l'épidémie ophthalmique qui a ravagé dans les deux dernières années la ville de Glascow. Nous complétons aujourd'hui ce travail en reproduisant quelques-uns des faits contenus dans le Mémoire de M. Anderson.

1er *Fait*. — Susan M'Wha, âgée de 43 ans, a été reçue à l'Infirmerie le 30 novembre 1843. Il y a neuf semaines qu'elle a commencé à se plaindre de mouches voltigentes à l'œil droit, à la suite d'une seconde attaque de la fièvre épidémique. Il y a cinq jours, elle a éprouvé des douleurs oculaires et de la sensibité dans l'œil. A son entrée à l'Infirmerie, elle peut à peine distinguer le jour, éprouve une perception de vert dans l'œil et de beaucoup de mouches volantes. La rougeur est modérée. L'iris offre une teinte gris-clair naturelle; mais la pupille est contractée, irrégulière, et bordée d'un anneau de lymphe sur la capsule. Pouls dur. Prescription : saignée de 500 gm. (seize onces), belladone sur les paupières, purgatif de sulfate de magnésie. — 1er décembre, pupille dilatée; vision meilleure, la malade peut voir les grosses lettres; la douleur a disparu et la capsule s'est éclaircie. Le caillot de la saignée d'hier est gros et mou. Prescription *ut supra*, excepté la saignée. — Le 2, la malade n'a pas pris les médicaments; dans la nuit dernière, les douleurs ont reparu. Calomel 25 centigr. et opium 5 centigr.; sulfate de magnésie 30 gm. — Le 4, mieux; la malade peut voir les petits caractères. L'œil est encore tendre, mais la douleur et la rougeur ont beaucoup diminué. La bouche est affectée par le mercure. On applique deux sangsues aux paupières; vin de colchique 8 gm., à répéter trois fois par jour. — Le 17, les douleurs et les symptômes objectifs ont disparu tout à fait; seulement la pupille du côté droit est plus petite que celle du côté opposé. La malade perçoit deux petites mouches devant l'œil du côté droit. Constipation. Bouche affectée par le mercure. On prescrit sulfate de magnésie, 30 gm. La vision est mieux. On cesse le colchique. — Le 15 janvier, vision parfaite, œil naturel. Guérison.

2o *Fait*. — Margarite Rilley, âgée de 20 ans, a été reçue le 9 janvier 1844. Il y a trois mois qu'elle s'est rétablie d'une attaque de fièvre épidémique. Elle a éprouvé des mouches voltigentes devant l'œil droit pendant deux mois, et de la douleur dans cet œil pendant quinze jours. Les mouches se trouvent remplacées aujourd'hui par un obscurcissement général de la vue, à tel point qu'elle ne peut voir les gros caractères. Le globe de l'œil est mou, sensible, et considérablement rouge. Le bord inférieur de la cornée est opaque; l'iris est brun comme à l'état normal; pupille légèrement paresseuse, photophobie. On lui a appliqué des sangsues et administré du mercure jusqu'à salivation. Pouls fréquent. Prescription : six sangsues aux paupières du côté droit; extrait vinaigré de colchique 5 centig., à répéter trois fois par jour; extrait de belladone 2 centigr. et 1/2; une pilule mercur. de 30 centigr. — Le 20, la photophobie a disparu; la douleur et la rougeur sont beaucoup moindres; la rougeur est bornée seulement à la conjonctive maintenant. — Le 11, la bouche est affectée par le mercure. On suspend l'usage des pilules. On donne le soir, poudre de Dower 50 centigr. — Le 12, photopsie en ouvrant les yeux. La rougeur et la douleur ont presque disparu. Sulfate de magnésie 15 gm. — Le 14, la photophobie et la rougeur se sont dissipées. La malade peut lire les petits caractères. Les mouches volantes persistent. Belladone aux paupières. — Le 17, la bouche est encore très affectée par le mercure. La malade voit mieux. Sulfate de magnésie 30 gm. — Le 19, la pupille du côté droit est plus petite. Vésicatoire derrière l'oreille du côté droit. — Le 21, le globe de l'œil est plutôt mou. — Le 25, la bouche est presque guérie. On répète le

vésicatoire. — Le 28, les petites mouches voltigentes continuent; les symptômes objectifs ont disparu. Sulfate de magnésie 15 gm. — Le 30, on répète le vésicatoire. — Le 4 février, la vue s'améliore de plus en plus.

3° *Fait.* — William Campbell, âgé de 49 ans, a été reçu le 18 janvier 1844. Il y a treize semaines qu'il s'est rétabli d'une seconde attaque de fièvre épidémique. Un mois après la guérison, il a commencé à voir des mouches voltigentes devant l'œil droit, puis une inflammation s'en est suivie. Ces phénomènes se sont dissipés maintenant, mais la vue est complétement perdue; le globe de l'œil est mou, la cornée affaissée, l'iris conique en avant, tandis que la pupille est très contractée sur un petit tampon de lymphe plastique. Quelques semaines après que l'inflammation de l'œil droit avait cessé, il y a maintenant 17 jours, l'œil gauche a été subitement attaqué d'inflammation et de douleur, non précédées d'obscurcissement de la vue. Il y a maintenant une rougeur intense, particulièrement sur la conjonctive de cet œil; l'iris est vert et présente une petite tache de sang sur le bord de la pupille qui est rouge et contractée; le globe de l'œil est mou; douleurs oculaires et périorbitaires intenses; pouls fréquent. Prescription : saignée de 280 gm. (12 onces); six sangsues aux paupières du côté gauche; un paquet de 40 centigr. de poudre de Dower; calomel 30 centigr. — Le 16, le caillot de la saignée d'hier est couenneux. Douleur moindre; la vision est devenue plus claire après la saignée. On répète les sangsues sur les paupières. Sulfate de magnésie, calomel. — Le 20, la malade peut lire les gros caractères; la bouche est affectée par le mercure; la douleur est moins intense. Sulfate de magnésie. Belladone sur les paupières. — Le 21, les douleurs continuent; pupille plus dilatée. Calomel 20 centigr., poudre de Dower 50 centigr., vin de colchique 30 gouttes, à répéter trois fois par jour. — Le 22, la douleur a disparu; la pupille est claire, rougeur moindre. Calomel. — Le 23, la malade peut lire les petits caractères; pupille naturelle; une tache sur la capsule, conjonctive injectée autour de la cornée; douleur dans un œil. On supprime le vin de colchique. Purgatif d'huile de ricin, 30 gm. — Le 25, la rougeur a presque disparu. Répétez l'huile de ricin. — Le 26, le malade peut lire les petits caractères facilement, mais il ne peut en continuer l'effort; photopsie de temps en temps. Sulfate de magnésie 15 gm. — Le 27, la bouche est encore affectée par le mercure. Répétez magn. — Le 28, les mouches persistent avec quelque douleur dans l'œil. On applique 4 sangsues aux paupières du côté gauche. — Le 31, le globe de l'œil est plus ferme, les mouches continuent. Le malade peut distinguer la lumière avec un œil.

4° *Fait.* — Jean Whiteside, âgé de 17 ans, reçu le 2 décembre 1843, convalescent depuis quatre mois d'une seconde attaque de fièvre épidémique. Il a éprouvé depuis lors un obscurcissement de la vue à l'œil gauche; cet état a augmenté par degrés jusqu'à ce que sa douleur s'est déclarée, il y a quinze jours; depuis lors la vue s'est éteinte. Depuis quinze jours le malade accuse de la douleur intense autour de la tempe et au sourcil, et de la sensibilité à l'œil, empirant la nuit. L'œil est très rouge; il y a un peu de gonflement au bord externe de la cornée qui est atrophiée. L'iris, de gris qu'il était, est devenu brun; il présente des vaisseaux rouges radiés vers la pupille qui est contractée irrégulièrement. Pouls fréquent. Prescription : saignée du bras de 300 gm. (10 onces); belladone aux paupières; calomel 10 centigr. toutes les huit heures avec tartre antim. de potasse et opium *ana*, 2 centigr. et 1/2. — Le 3, le caillot de la saignée d'hier est gros, noir, gélatineux. Un caillot sanguin existe sur la partie externe de l'iris. La douleur a presque disparu. Le malade peut à peine distinguer la lumière. — Le 4, l'iris est moins injecté. Bouche légèrement affectée. — Le 5, la cornée est plus claire, la douleur a reparu. Appliquez six sangsues aux paupières du côté gauche. Calomel 10 centigr., trois fois dans le jour; poudre de Dower 50 centigr. — Le 8, le malade a eu des nausées et des vomissements; la cornée est plus claire; on voit un reflet jaunâtre derrière la pupille. On suspend les poudres. — Le 12, la douleur a disparu, l'iris offre une teinte plus naturelle. — Le 17, l'injection est moindre; le sang épanché est presque absorbé. La cornée et la pupille sont tout à fait claires; existence d'un reflet distinct d'œil de chat au fond du corps vitré. Bouche encore affectée. — Le 14 janvier, l'inflammation qui avait diminué a reparu; l'iris est presque en contact de la cornée; le sang épanché a été absorbé, mais le gonflement du globe de l'œil a augmenté; l'iris est encore injecté, la capsule antérieure présente une légère opacité; le reflet brillant du fond de l'œil est toujours visible. Six sangsues aux paupières du côté gauche; extrait de colchique 5 centigr., à répéter trois fois par jour. — Le 19, la douleur a presque complétement disparu. — Le 21, le point saillant de l'œil commence à pointer et à devenir jaune. — Le 24, on a ponctionné la tumeur avec une aiguille à cataracte; il s'est écoulé quelques gouttes de sang. — Le 4 février, nouvelle effusion de sang dans la chambre antérieure. Du pus s'écoule de la piqûre faite à la tumeur; la vision est perdue de ce côté. La malade se refuse à tout autre traitement et obtient son exeat. (Monthly journ. of med. sciences, oct. 1845.)

— Ces observations, qu'on peut, peut-être, considérer comme banales en ce moment, seront trouvées comme des types précieux d'un grand intérêt, quand on aura à combattre une épidémie de ce genre, ou de simples cas isolés de cette espèce à la suite de fièvres graves. Aussi nous sommes-nous empressé de les traduire dans notre recueil, et nos lecteurs seront bien aise de les posséder comme des richesses cliniques que les praticiens seuls savent goûter.

TOXICOLOGIE.

L'intoxication iodée est à l'ordre du jour depuis quelques semaines à l'Académie de médecine. On s'est formé sur ce sujet des idées *à priori*, et l'on a omis de consulter les faits cliniques observés chez l'homme, les seuls capables d'assoir une conclusion raisonnable sur cette matière. Nous croyons en conséquence devoir consacrer quelques courtes réflexions à ce sujet. Disons d'abord que les idées incomplètes ou inexactes qu'on vient d'émettre sur l'empoisonnement par l'iode tiennent à ce que les médecins de l'Académie ne lisent d'autre livre que celui de M. Orfila. Or, malheureusement, cet auteur a, à propos de l'iode, enfourché son superbe pégase, et, entraînant à sa suite quelques malheureux petits chiens, il s'est élevé aux régions imaginaires pour ne ramener aux médecins étonnés que des conclusions dont le moindre défaut est d'être inexactes. Les quelques expériences en effet qu'il a faites sur les chiens ne sont pas con-

cluantes; et sa déduction fondamentale, que l'iode est un poison irritant, est une banalité vide de sens, car quel est le poison qui n'est pas irritant? D'ailleurs, est-ce que l'action toxique de l'iode est dans l'irritation? Sortons donc de ce pitoyable système étranger à la clinique, et appelons devant nous les faits dignes de la science et des médecins.

Il existe un assez grand nombre de cas d'empoisonnement par l'iode et par l'iodure de potassium chez l'homme; les uns ont été mortels, les autres pas. Nous avons déjà, il y a deux ans, rapporté deux cas remarquables de ce genre observés par un jeune médecin très éclairé, M. le docteur Biechy (t. 1, p. 270); il s'est agi dans ces deux cas d'un empoisonnement chronique par l'iodure de potassium; les phénomènes ont été ceux de l'hyposthénie franche. M. Christison a réuni un grand nombre de cas de ce genre; il en existe d'autres plus récents encore (Galtier Fox).

Une petite fille, âgée de 4 ans, est morte en quelques heures après avoir bu un gramme (1 scrupule) de teinture iodée. L'auteur cependant ne dit point quel était le degré de saturation de cette teinture (Gairdner, Essays on the effects of iodine, 1824, p. 20). La teinture du Codex de Paris est très peu énergique, son principe toxique étant neutralisé en grande partie par l'action dynamique de l'alcool; elle se compose, comme on sait, de 10 grammes d'iode pour 120 grammes d'alcool. M. Ricord a vu une malade prendre par mégarde une quantité de cette teinture, représentant 10 grammes d'iode, sans éprouver aucun effet sensible. (Dupasquier, Chimie, p. 677.) M. Magendie en a bu une cuillerée à café sans ressentir aucun effet. D'un autre côté, pourtant, le docteur Jahn de Meningen a vu des accidents toxiques graves par une forte dose de teinture. Ces accidents ont été, des douleurs violentes à l'abdomen, des vomissements, selles sanguinolentes abondantes, refroidissement et pâleur de la peau, frissons, vertiges, pouls fréquent (Horn's Arch.-fur med., etc., 1829, t. 1, p. 340). Deux cas analogues ont été observés en France par M. Dessaigne, par l'ingestion de 6 grammes (un gros et demi) d'une solution d'hydriodate ioduré de potasse (iodure de potassium ioduré). On trouve ici des symptômes analogues à ceux de l'arsenic et des autres composés minéraux. Le docteur Zink, médecin suisse, a vu un cas d'empoisonnement mortel par l'usage journalier de l'iode en solution comme médicament pendant un mois. Les symptômes ont été analogues à ceux de l'un des malades de M. Biechy qui est mort pareillement. Nous y renvoyons le lecteur pour ces détails. Le journal de Rust contient un autre cas pareil terminé par la mort. Le docteur Zink publia un second fait avec des détails nécropsiques. Ces lésions n'offrent rien de particulier, elles ressemblent à celles de tous les poisons métalliques, savoir, des rougeurs, des ecchymoses, des gaz développés dans les intestins, etc.

En résumant ces faits, on arrive à ces conséquences, 1° que l'iode n'a agi énergiquement comme poison qu'autant qu'il a été donné sous forme de solution stable, c'est-à-dire combiné à un iodure ou à l'acide iodhydrique; 2° que la teinture du Codex de Paris est peu toxique, alors même qu'elle est préparée depuis longtems, c'est-à-dire rendue stable par la réaction de l'iode sur l'hydrogène de l'alcool; par la raison que la proportion d'iode dans cette teinture est faible et se trouve balancée dynamiquement par l'alcool. Il en faudrait par conséquent des doses considérables pour produire un empoisonnement mortel chez l'homme. L'on doit donc craindre davantage, sous ce rapport, l'iodure de potassium iodé, et même l'iodure simple. Aussi les médecins ne sauraient-ils mettre trop de prudence dans la prescription de ces composés; 3° l'iode métallique n'exerce qu'une action locale peu grave, à moins d'être introduit dans les tissus à des proportions énormes. Son ab-absorption ne s'effectue que très lentement. En conséquence, ses effets toxiques ne sont pas ordinairement bien sérieux. Néanmoins ils pourraient le devenir par des doses considérables qu'on ingérerait dans l'estomac. L'iode se dissout dans ce viscère, mais lentement, par l'action des carbonates alcalins qu'il y rencontre. Le vomissement se déclare et fait rejeter la partie non absorbée. Cet empoisonnement pourrait se rencontrer de nos jours plus souvent que par le passé, son maniement étant très fréquent dans l'art du daguerréotype. Son traitement dynamique réclame les remèdes stimulants. Il n'y a pas ici d'inconvénient à administrer de l'eau pour faire vomir l'iode métallique, cette substance n'étant presque pas soluble, 1 litre d'eau pouvant à peine dissoudre 12 à 15 centig. d'iode (2 à 3 grains) à froid. Le même moyen convient également contre la teinture, puisque l'eau la décompose si elle est récente: l'eau distillée la décompose mieux que l'eau commune qui contient des chlorures. Cette mesure, au reste, n'est prescrite que comme moyen mécanique d'entraînement par le vomissement. Parmi les stimulants on doit ici préférer l'opium. Les alcooliques (eau-de-vie, rhum) seront administrés par lavement, ces liquides auraient dans l'estomac l'inconvénient de dissoudre les portions restantes de l'iode et de les rendre absorbables. Il en de même des éthers, de l'eau de canelle, de diverses eaux essentielles, de l'essence de térébenthine, avec lesquelles l'iode a de l'affinité et forme des composés solubles. M. Baudrimont a préconisé, dans ces derniers temps, l'usage de la limaille de fer contre la portion non absorbée d'iode métallique, ce qui formerait un iodure ferreux; mais, outre que ce composé est lui-même soluble dans l'eau, ce qui le rendrait plus dangereux encore que l'iode pur, nous n'avons aucune confiance dans ces opérations chimiques qu'on présume possible dans l'estomac. La première indication fondamentale est donc de rejeter le poison par le vomissement. Vient ensuite le traitement dynamique. — Terminons ces remarques générales en rappelant que l'iode est une des substances métalliques qui ont depuis plusieurs années servi à établir chimiquement l'absorption des poisons, leur passage dans le sang et leur expulsion par divers émonctoirs de l'économie; bien avant, par conséquent, qu'un certain toxicologue ne vînt, en 1839, se donner pour l'auteur de cette découverte. Cantù, en effet, avait démontré l'iode dans le sang, les urines, la sueur, la salive et le lait des personnes auxquelles il l'appliquait

à l'extérieur sous forme de pommade ; Bennerschendt, dans le cruor du sang ; O. Saugnessey, dans les urines, 40 minutes après l'ingestion, et aussi dans la salive. Le docteur Wæhler, ayant donné à une chienne qui allaitait ses petits, 20 centigr. d'iode, dissous dans de l'alcool, cinq heures après, un des petits était mort ; il découvrit l'iode non seulement dans le lait caillé renfermé dans son estomac, mais encore dans ses urines. L'intoxication par l'iode peut donc s'effectuer par l'intermède du lait de la nourrice. Tiedmann et Gmelin avaient déjà démontré l'iode dans les urines des chevaux (Christon et Galtier, Toxicol.)

Empoisonnement par l'ammoniaque ; *par le docteur Chapelain, chef interne à l'Hôtel-Dieu de Marseille.* — Monnier, Auguste, âgé de 39 ans, tailleur, adonné à l'ivrognerie et plongé dans la plus grande misère, cherche dans le suicide un remède contre ses chagrins. Trouvant en sa possession un flacon d'ammoniaque dont il se servait comme dégraisseur, il le boit à neuf heures du matin. On le transporte à l'Hôtel-Dieu à onze heures dans l'état suivant : Décubitus dorsal, la tête est pendante et subit les mouvements qu'on lui imprime ; la face ets pâle, sa couleur peut être comparée à celle de la cire ; ses yeux à demi-fermés, le regard sans direction, la pupille contractile ; les lèvres sont également pâles, ne sont point cautérisées ; la langue, un peu rouge et sèche, n'a point perdu son épithelium : il y a eu des vomissements, mais nous n'avons point vu les matières vomies ; la soif est vive, le ventre rétracté est le signe d'une douleur brûlante, la pression augmente les souffrances du malade ; les selles sont involontaires ; la chemise du malade est mouillée par un liquide jaunâtre qui nous indique que les selles ont été purement séreuses. La respiration est fréquente sans être embarassée ; pas d'expectoration ; le pouls, petit, misérable, fréquent, est à peine sensible ; la voix est encore forte ; les membres sont dans la résolution, le malade les trouve lourds et engourdis ; l'intelligence est intacte ; les réponses sont claires, précises. Monnier se plaint d'un froid très vif et cherche à se couvrir ; la peau est en effet glacée. Limonade sulfurique, cruchons d'eau chaude à la plante des pieds ; sinapismes aux mollets, frictions sèches sur les cuisses, les bras. Quelques moments après son entrée à l'hôpital, le malade vomit une matière sanguinolente, en petite quantité, ayant l'odeur ammoniacale ; en même temps les selles sont devenues pareillement rouges, sanguinolentes, elles sont toujours involontaires et presque continuelles ; le malade se plaint alternativement de douleurs atroces dans le ventre, et du froid qu'il éprouve dans tous ses membres. Le pouls devient de plus en plus petit, et, malgré les soins assidus pour lesquels on ne saurait donner trop d'éloge à M. Dallas, étudiant en médecine, le malade succombe à trois heures, c'est-à-dire six heures après l'ingestion de la substance toxique.

Autopsie vingt-cinq heures après la mort : rigidité cadavérique ; le dos et les épaules ont une couleur rose, provenant de l'infiltration sanguine déterminée par le décubitus dorsal ; le reste du corps est uniformément pâle, il n'y a point de putréfaction. L'Abdomen ouvert, on trouve un peu de sérosité sanguinolente : les intestins vers la région gastrique et dans l'hypochondre gauche ont une coloration rouge noirâtre ; cette couleur devient rosée dans la région cœcale ; le colon a conservé sa couleur blanche ordinaire, si ce n'est la portion qui avoisine l'estomac, qui est pareillement un peu rosée. L'œsophage conserve sa couleur normale à la partie supérieure ; après 6 centimètres de trajet, la coloration rouge se montre, mais non point d'une manière uniforme : on dirait que cet organe est plissé, que le sommet des plis ayant supporté l'action continue de l'ammoniaque est rouge noirâtre, couleur qui va en diminuant jusqu'aux points qui, par la plicature, auraient été soustraits à l'action toxique ; le boursouflement de la muqueuse suit la même progression : très marquée dans les points rouges noirâtres, elle est à peine augmentée de volume dans les points qui ont conservé leur coloration normale. Cette sorte de cautérisation longitudinale existe jusqu'à 5 centimètre du cardia, toutefois la coloration rouge noirâtre devenant de plus en plus uniforme, jusqu'à ce qu'elle prenne les caractères qui lui sont communs avec la muqueuse gastrique. L'estomac et les intestins contiennent un liquide que je ne saurais mieux comparer, pour la consistance et la coloration, qu'à la rate diffluente, à ce que l'on a appelé la boue splénique ; cette liqueur a une odeur nauséeuse, qui n'est point celle de l'ammoniaque. La muqueuse de l'estomac forme des circonvolutions semblables à celles du cerveau ; quelques-unes ont une saillie de 6 millimètres. Ici, comme dans l'œsophage, ce sont les parties les plus saillantes qui sont aussi les plus enflammées ; d'un rouge noir au sommet, les circonvolutions deviennent rouges, seulement dans les points où la muqueuse est adossée à elle-même. La muqueuse est considérablement augmentée d'épaisseur, elle est très ramollie, on la déchire avec la plus grande facilité ; les altérations sont d'autant plus marquées que l'on se rapproche davantage de la grande courbure en bas. Dans le grand cul-de-sac est une petite ulcération formée comme par un emporte-pièce ayant mis la musculeuse à nu. Vers la région pylorique, la muqueuse ressemble à une peau de chagrin, ce qui tient à ce que cette membrane dans ce point a été raccornie et a formé de petites eschares noires. L'intestin grêle est, comme l'estomac, d'un rouge noirâtre, la coloration étant toujours plus marquée au sommet des valvules conniventes. La coloration et les autres caractères inflammatoires de la muqueuse intestinale diminuent vers le milieu de l'intestin grêle, où la muqueuse a une coloration uniformément rosée, sans arborisation vasculaire. La muqueuse redevient rouge, noirâtre, ramollie, hypertrophiée dans le cœcum. Cet état pathologique disparaît à mesure que l'on se rapproche du rectum. Le foie contient beaucoup de sang. Les voies aériennes sont saines, les poumons sont crépitants ; le ventricule gauche du cœur ne contient point de sang ; celui que l'on trouve dans le ventricule droit et l'aorte est liquide, et ne contient aucun caillot (*Archives du Midi*, nov. 1845).

— Cette observation démontre péremptoirement ce que nous avions dernièrement essayé d'établir à l'aide de faits cliniques d'un autre genre (voy. les numéros de novembre 1845, p. 289 ; décembre, p. 319 ; janvier 1846, p. 391), savoir, que l'action dynamique de l'ammoniaque est hyposthénisante cardiaco-vasculaire, comme celle de tous les composés métalliques. Si l'on veut faire abstraction de l'action chimique locale, l'on reconnaîtra en effet, dans ce cas, tous les phénomènes de l'hyposthénie franche que nous avons si souvent mis en évidence dans nos articles. Nous avons à peine besoin de faire remarquer, par conséquent, qu'à notre point de vue, les contre-poisons de l'ammoniaque sont, après le vomissement, les stimulants, tels que le rhum, l'eau-de-vie, l'opium, l'eau de canelle, le calorique accumulé artificiellement, etc. La limonade sulfurique étant elle-même hyposthénisante serait contre-indiquée, comme nuisible, dans le système dynamique.

REVUE GÉNÉRALE.

Usage interne de la cantharide dans les pneumonies; *par M. Mendini.*—Le docteur Mendini a traité 70 cas de pneumonie à l'aide des saignées et de l'usage interne de la cantharide, comme remède hyposthénisant cardiaco-vasculaire, à action élective sur le poumon, analogue au tartre stibié. Il publie aujourd'hui, dans le Journal de Milan, le résultat général de ses observations cliniques. L'auteur déclare qu'il habite un pays (Trevenzuolo) où les pneumonies présentent un tel degré de gravité qu'elles réclament souvent de dix à quinze saignées pour guérir. Beaucoup de sujets n'offrent pas une richesse organique assez grande pour tolérer un si grand nombre de saignées; quelques uns même présentent un pouls tellement mesquin quand ils appellent le médecin, qu'il n'est pas possible de les saigner, ou du moins de répéter la saignée chez eux autant que cela serait nécessaire; aussi s'aide-t-on des remèdes dynamiques hyposthénisants à haute dose, tels que le tartre stibié, la digitale, le seigle ergoté, la cantharide, et l'on obtient ainsi des guérisons heureuses, même alors que la pneumonie ou la pleuro-pneumonie est compliquée d'aortite, d'artérite brachio-céphalique ou de cardite (et ces complications sont plus fréquentes qu'on ne le croit), et qu'aucune saignée n'a pu être pratiquée. Il est bien entendu que c'est sur les saignées répétées qu'on base le traitement dans la généralité des cas; mais on joint toujours les remèdes ci-dessus comme aidant l'action des évacuations sanguines et procurant des guérisons avec moins de saignées que si l'on n'employait que celles-ci seulement. Ayant, dans l'espace de plusieurs années administré la cantharide à haute dose, avec ou sans saignées, dans 70 cas de pneumonie grave, M. Mendini s'est assuré que son action est plus énergique encore que celle du tartre stibié, bien que de même espèce au fond, et il s'est parfaitement trouvé de son usage.

Les doses auxquelles il s'est arrêté ont été de un à deux grammes (15, 20, 40 grains) par jour. Il prescrit les cantharides *entières*, qu'il fait bouillir dans trois kilos environ (8 livres autrichiennes) d'eau de fontaine, jusqu'à réduction de 250 gramm. (demi-livre). On filtre la décoction, et l'on ajoute 500 gram. (une livre) d'émulsion d'amandes douces, 120 gram. (4 onces) de mucilage de gomme arabique. A boire par petites portions dans le courant des 24 heures. Cette potion n'a aucun goût désagréable, les malades la prennent avec plaisir et même avec une sorte d'avidité; à tel point que quelques individus la boiraient d'un seul trait si on ne les empêchaient pas de le faire. La décoction de cantharide offre des avantages réels sur le tartre stibié, elle ne fait pas vomir, n'a pas de mauvais goût et jouit d'une énergie hyposthénisante beaucoup plus grande. Sous son influence, la fièvre tombe promptement, le pouls perd de sa fréquence et devient mou, la chaleur dermique s'abaisse rapidement, de la sueur douce se manifeste, l'expectoration devient facile et le mal marche rapidement vers la résolution. Il importe de surveiller attentivement les effets dynamiques et de ne pas dépasser le maximum de tolérance, des phénomènes graves d'hyposthénie pouvant se manifester au delà des limites de la capacité morbide de l'organisme pour le remède. Trois fois seulement des accidents de ce genre se sont manifestés dans la longue pratique de l'auteur, mais ils n'ont pas eu de suites graves; il a suspendu l'usage du médicament et combattu l'hyposthénie, à l'aide d'une potion de 100 gramm. (3 onces) d'eau spiritueuse de canelle, et de 30 gouttes de laudanum; aussitôt, la réaction obtenue, il a cessé la potion stimulante et eu recours à un léger hyposthénisant (solution de crême de tartre) qui a conduit la convalescence à bonne fin. Du priapisme survient quelquefois le second, et jour de la chaleur à la vessie.

Ces symptômes se dissipent d'eux-mêmes par la continuation du médicament. L'auteur s'abstient de prescrire la cantharide s'il existe avec la pneumonie une inflammation à l'estomac. La simple irritation de cet organe n'est pas une contre-indication. Quelquefois l'auteur joint à la cantharide l'usage des purgatifs. Il est regrettable que M. Mendini se soit contenté de ne publier que ce simple résumé général de ses observations, et qu'il n'ait pas cru devoir donner les faits cliniques dans leurs détails authentiques. On aurait par là mieux jugé la valeur de la médication d'après le diagnostic de chaque cas, et d'après la marche de la maladie sous l'influence du remède. C'est un reproche que nous adressons souvent à nos confrères d'Italie qui, dans leurs publications, ne s'attachent pas assez aux détails des faits particuliers. Là sont pourtant les véritables éléments qui concourent à la solution des questions pratiques (Ann. Univ. di Med., sept. 1845).

— On administre en France la cantharide dans les inflammations thoraciques, mais sous forme de vésicatoires volants à grandes dimensions, et l'on s'en trouve parfaitement. Ce mode d'application, bien que beaucoup moins énergique que le précédent, n'est en réalité que l'administration du même remède hyposthénisant par la méthode endermique. C'est beaucoup moins énergique, parce qu'on ne peut le continuer à dose aussi élevée que par bouche. C'est aussi moins commode et moins précis, parce qu'on ne peut calculer la quantité absorbée de la cantharide, et parce que cela exerce une action locale, douloureuse, inutile pour la guérison; tandis que par bouche cette action est prévenue par l'enveloppe mucilagineuse. On a recours à une doctrine absurde, ridicule, celle des révulsions, réliquat de l'humorisme galénique, pour expliquer l'action de la cantharide, et nous avons les plus grandes peines à faire comprendre le véritable principe d'action de ce remède. C'est qu'on ne tient compte que de la seule action locale, et l'on ignore l'action dynamique.

De l'action élective de la gomme-gutte *dans les maladies d'excitation du tube gastro-entérique; par le docteur* Castiglioni. — Rasori a parfaitement prouvé, dans son admirable travail sur la gomme-gutte (Voy. ses opusc. clin., t. II), que dans les flux intestinaux, l'usage de ce remède doit être réglé, pour être utile, non sur le flux lui-même, mais sur la condition pathologique ou sur la diathèse de l'affection qui le produit, et que dans les entérites, même les plus intenses, ce médicament est d'un précieux secours, qu'elles s'accompagnent ou non d'évacuations diarrhéiques ou

dyssentériques. Depuis la publication de ce mémoire de Rasori, des faits nombreux ont été produits à à l'appui de ses conclusions, et l'on a vu partout des entérites graves, avec ou sans flux intestinal, être guéries merveilleusement à l'aide de la gomme-gutte à doses élevées. Pour ceux qui on été témoins de ces sortes de faits, de nouvelles observations ne peuvent rien ajouter; mais comme on voit encore écrire dans presque toutes les pharmacopées étrangères que la gomme-gutte est un purgatif drastique, excitant, qui, dans les maladies de stimulus du tube gastro-entérique, détermine des vomissements, des défécations abondantes et souvent sanguinolentes, des coliques douloureuses et jusqu'à la paralysie de l'estomac, des intestins, une augmentation de la phlogose, l'ulcération de la muqueuse et même la mort, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile d'ajouter de nouveaux faits à ceux que possède déjà la médecine italienne pour combattre des opinions aussi erronées. Je le répète: ces faits conduisent tous à cette conséquence, que la gomme-gutte est un agent des plus puissants pour dompter promptement et heureusement les phlogoses aiguë et chroniques, même très intenses du tube intestinal, à moins qu'elles ne soient déjà arrivées à la période d'altération organique profonde, ou associées à des conditions dyscrasiques générales irremédiables. Mon père qui avait appris, à la clinique même de Rasori, la manière d'administrer la gomme-gutte comme remède hyposthénisant, en fit, il y a plus de 30 ans aujourd'hui, la première application dans le cas suivant.

1er *Fait.* — Un receveur des finances, jeune et robuste, chasseur, abusant habituellement de vin et d'aliments stimulants, fut pris subitement et d'une manière inattendue, à la suite d'une constipation opiniâtre, avec douleur spasmodiques atroces dans la région du colon. La constipation persistait. On lui prescrivit sans succès de la scommonée, du jalap, du séné, des lavements purgatifs, des cataplasmes émollients, des bains. On eut ensuite recours à l'usage répété de l'huile de ricin, auquel un charlatan a substitué l'huile de semences d'hélianthe, sans plus d'avantage. Six jours s'étaient passés dans ces médications inutiles et la position du malade devenait des plus alarmantes; la fièvre, les douleurs intestinales et l'abattement général étaient extrêmes, lorsque mon père a songé à administrer un bol de 0,30 (6 gr.) de gomme-gutte. Quelques heures après cette administration, le malade a senti ses douleurs intestinales s'apaiser, bientôt il a eu des gardes-robes très abondantes, le mieux a été progressif et la guérison prompte. Quelques années plus tard, le malade a été saisi de la même affection hors du pays; on lui administra divers remèdes sans succès; on n'a pas songé à la gomme-gutte et il a succombé. Depuis cette époque, mon père a eu plus de cent fois l'occasion d'employer le même remède et toujours avec un succès favorable. Ce succès avait été si constant que mon père avait été porté à conclure que: « la gomme-gutte était, dans les coliques graves, ce qu'est le sulfate de quinine dans les fièvres pernicieuses. »

Administrée dans les gastro-entéralgies inflammatoires occasionnées par des causes soit mécaniques soit dynamiques, ou même dans les gastro-entérites franches, la gomme-gutte produit des effets variables selon la dose, selon l'intensité de la maladie et la susceptibilité constitutionnelle. A la dose de 30 centig. (6 grains) en une seule fois, elle occasionne la première fois un certain effet mécanique sur la muqueuse, ce qui est suivi quelquefois de légères nausées, rarement de vomissements; dans quelques cas aussi de tranchées intestinales plus ou moins douloureuses. Ces phénomènes cependant ne sont pas constants, et on peut les prévenir ou les mitiger, en ajoutant un peu de gomme arabique au médicament. Bientôt après, le malade éprouve de l'inquiétude, les nausées se reproduisent, puis de l'abattement, le pouls devient petit et lent; enfin des déjections alvines se déclarent. Ces déjections contiennent d'abord des matières stercorales, ensuite des liquides diversement colorés et qui laissent à l'anus un léger ténesme passager. Plusieurs fois il m'est arrivé d'observer, une heure après l'administration du remède, une sécrétion très abondante d'urine, comme s'il y avait diabète. Dans d'autres cas, des sueurs abondantes et un abattement général succèdent à ces phénomènes avec diminution des douleurs intestinales et de la chaleur incommode que le patient accusait au ventre. L'abdomen devient plus mou, la physionomie se recompose, le calme survient, un sommeil réparateur se déclare et les gardes-robes cessent aussitôt. Il m'est cependant arrivé quelquefois de voir la dose indiquée de gomme-gutte, malgré qu'elle ait éte répétée à de courts intervalles et aidée de clystères d'infusion de séné et de sulfate de magnésie, ne pas enlever la la condition morbide, la constipation persister avec des douleurs atroces au colon, un sentiment de constriction à l'abdomen, le pouls restant petit et contracté, la physionomie abattue, les extrémités froides. Je n'ai pas hésité dans ce cas de saigner, malgré cet appareil symptômatique, et le malades ont été de suite soulagés, des gardes-robes se sont déclarées et le calme est survenu. Il m'a semblé que ces souffrances tenaient à l'accumulation des matières dans le gros intestin, qui, étant enflammé, ne pouvait se contracter et se vider. Dans les cas où le spasme du colon était tellement intense qu'il était accompagné de vomissements abondants et répétés, à tel point que l'administration de la gomme-gutte par bouche était impossible, j'ai commencé par donner un fort clystère simple, ce qui a provoqué l'action du gros intestin; dans ces entrefaites, j'ai pu donner le médicament qui a été supporté par l'estomac, et l'effet ordinaire a été obtenu. Si le malade présentait une constitution délicate, une sensibilité exquise, une grande propension au vomissement, de telle sorte qu'il ne pouvait supporter l'injestion du remède en une seule fois, j'ai fait suspendre celui-ci à la dose de 30 à 35 centig. (6 à 7 grains) dans une émulsion à prendre par cuillerées dans l'espace d'une heure et demie environ.

Lorsque l'état du malade réclame, au lieu de l'action cathartique prompte de la gomme-gutte, l'effet

dynamique général de ce remède, il est utile de le donner par doses réfractées, suspendu dans une émulsion ou uni à de la gomme arabique. Les nausées et le vomissement ne se manifestent alors que très tard, par réaction dynamique, et le malade se trouve déjà avoir pris une forte dose de médicament. Ce dernier effet est le plus souvent précédé ou même accompagné de lassitude générale, d'un pouls faible, avec tendance à des lipothymies, phénomènes qui se dissipent promptement par la suspension du remède. Je ne dois pas cependant omettre d'ajouter qu'il est des cas dans lesquels l'estomac refuse même de petites doses, de moins d'un demi-grain chaque fois, et ce refus persiste quoi qu'on fasse. C'est là un cas exceptionnel chez des sujets d'une idiosyncrasie spéciale ou dont le mal est moins intense que ne le font supposer les manifestations symptômatiques. Dans ces occurrences, on ne doit pas insister sur la gomme-gutte, et il est plus utile d'avoir recours à des remèdes légers.

Quand la gomme-gutte est bien tolérée, les doses répétées produisent d'abord des gardes-robes abondantes, puis les selles diminuent par degrés et cessent tout à faiti comme si le médicament exerçait sur l'intestin une action *astringente*, pour me servir de l'expression de Rasori, ce qui s'observe surtout dans les diarrhées chez les hommes robustes adonnés à des écarts d'aliments et de boisson. Dans les dyssenteries graves, accompagnées de fièvre, d'un pouls contracté et fréquent, d'un sentiment de chaleur âcre et sèche à la peau, de soif, de fortes douleurs à l'ombilic, revenant à chaque besoin d'aller à la garde-robe, de ténesme très incommode, d'évacuations de mucus simple ou sanguinolent, ou même de sang pur, la gomme-gutte administrée par petites doses répétées jusqu'à en consommer 0,60 à 1 gm (12 à 18 grains) par jour, produit les plus heureux résultats; elle apaise d'abord promptement les douleurs, calme le ténesme si incommode, facilite les gardes-robes qui cessent d'être mêlées de mucus ou de sang, modère la chaleur animale, et peu à peu le pouls se relève et se régularise. En d'autres termes, la dyssenterie se convertit en diarrhée simple dans l'espace de cinq à six jours; la diarrhée cesse elle-même facilement sous l'influence du même remède, soit en en diminuant la dose, soit en remplaçant le médicament par des boissons mucilagineuses, des émulsions, etc. Ces résultats se sont montrés si constants entre nos mains, que nous les regardons comme une loi invariable, sauf les exceptions dont nous avons parlé. J'ai rencontré cependant des cas tellement graves de dyssenterie, avec tendance à des altérations profondes à la muqueuse intestinale, que les doses ci-dessus de gomme-gutte ont été insuffisantes; j'en ai triomphé en portant la dose de ce médicament jusqu'à 1,30 (26 grains) par 24 heures, et en y joignant la saignée répétée; les guérisons ont été moins promptes, ce qui tenait à la gravité excessive de la maladie. C'est ce qui a eu lieu dans une épidémie de dyssenterie que nous avons eue dans l'éte de 1836, laquelle frappait les hommes robustes avec une telle violence que la mort était imminente si l'on ne prescrivait pas hardiment de fortes doses de gomme-gutte et des évacuations sanguines générales et locales. Je rapporterai quelques cas seulement parmi les centaines d'observations de ce genre que j'ai recueillies dans la pratique de mon père et la mienne.

2e *Fait.* — Madame B... , âgée de 55 ans, tempérament nerveux, sujette à des bronchites, était souvent affectée de coliques; son médecin les attaquait chaque fois avec une mixture opiacée et qui était presque toujours suivie de gastro-entérite intense, laquelle nécessitait l'emploi de plusieurs saignées pour guérir. Le 7 oct., se trouvant loin de la ville, elle a été prise de douleurs abdominales atroces, accompagnées de constipation opiniâtre. Elle s'est prescrit elle-même la mixture opiacée habituelle; mais cette fois, au lieu de la calmer, le médicament a paru augmenter la souffrance. Le lendemain, de très bonne heure, un exprès est venu m'appeler en toute hâte pour me rendre auprès d'elle. A l'examen, elle est depuis trois jours dans des souffrances inexprimables de coliques abdominales qu'elle attribue à l'usage abondant qu'elle avait fait d'aliments excitants, à une heure avancée de la nuit, contre ses habitudes de sobriété. Malgré la diète absolue à laquelle elle s'était soumise, les douleurs persistaient vivement à la région du colon transverse. Le ventre est spasmodiquement coarcté, face pâle et abattue, pouls petit, dur, céphalalgie gravative avec photophobie, langue chargée, sèche, soif inextinguible, tendance au vomissement, constipation depuis deux jours. J'ai diagnostiqué une colique aiguë, aggravée par la potion stimulante. J'ai commencé par pratiquer une saignée. Pour tout remède interne, j'ai prescrit 60 cent. (12 grains) de gomme-gutte suspendus dans 120 gm. (4 onces) d'émulsion d'amendes amères, à prendre une cuillère à soupe, chaque quart-d'heure, jusqu'à évacuation alvine. A midi, j'ai revu la malade; elle s'est sentie soulagée à chaque prise du médicament, a consommé presque toute la potion, mais elle n'a pas eu de gardes-robes. J'ai prescrit une seconde potion pareille à la première, à prendre à des intervalles un peu plus longs. Dix heures après, la seconde potion était déjà épuisée, mais pas de gardes-robes; néanmoins les douleurs abdominales avaient considérablement diminué et la malade avait rendu trois grands pots d'urine. Le sang de la saignée du matin était couvert d'une couenne épaisse. J'ai prescrit une troisième potion, mais moins forte (30 centig. de gomme-gutte dans 120 gm. d'émulsion). Le lendemain matin la malade était dans l'état le plus satisfaisant, elle ne souffrait plus, elle avait dormi toute la nuit, et par conséquent elle n'avait pu prendre la dernière potion. Je l'ai engagée à y revenir petit à petit comme simple purgatif; des gardes-robes abondantes se sont bientôt déclarées. Nous nous en sommes tenu là. Le lendemain, les urines et les autres fonctions rentraient dans l'ordre normal, et bientôt la guérison a été complète.

3e *Fait.* Une jeune dame, femme d'un employé des finances, éprouvait à chaque approche des règles des douleurs plus ou moins intenses au ventre, particulièrement à l'hypogastre, lesquelles cessaient avec l'apparition de la fonction utérine. Le 15 août, mon père est appelé en toute hâte pour se rendre auprès d'elle, qui, disait-on, allait mourir. Elle habitait le village de Sesto Calende; le medecin du lieu qui écrivait à mon père, disait que la malade était depuis quatre jours frappée de coliques atroces, par suite d'abus

d'aliments de difficile digestion ; que la prostration était extrême et le pouls très petit ; qu'il avait prescrit sans succès de l'eau de canelle laudanisée, et que le mal avait empiré tellement qu'il y avait danger imminent de vie. A son arrivée, mon père a trouvé la malade dans un état alarmant; froid glacial partout le corps, lipothymies répétées, douleurs intestinales atroces dans la direction du colon transverse et descendant; pouls à peine perceptible, face hippocratique, respiration anxieuse. L'affaissement était si grand que mon père a désespéré de la vie de la malade, et c'est avec hésitation qu'il a prescrit une légère potion de 40 centig. (8 grains) de gomme-gutte dans 120 gm. (4 onces) de sirop de guimauve, à prendre une cuillerée de quart-d'heure en quart-d'heure. Après les premières prises, la malade s'est sentie soulagée de ses coliques, le pouls s'est relevé un peu, de la chaleur s'est déclarée à la peau, et la physionomie a perdu petit à petit le cachet nécropsique. A mesure qu'on continuait la potion, ce mieux était progressif, et la malade a semblé passer de la mort à la vie dans l'espace de 24 heures; le lendemain, elle a eu plusieurs garde-robes qui l'ont beaucoup soulagée, ses régles se sont déclarées ; le ventre est resté sourdement douloureux, mais cet état s'est petit à petit dissipé, et l'on n'a pas eu besoin de revenir à la potion résineuse, la diète et les boissons rafraîchissantes ayant suffi pour accomplir la cure.

4e *Fait.* — Un paysan, robuste, âgé de 40 ans passés, adonné à la crapule, est depuis plusieurs jours pris de douleurs passagères au ventre, difficulté d'aller à la garce-robe, prostration générale, douleurs dans les membres inférieurs, aversion pour les aliments et les boissons alcooliques qu'il prenait autrefois avec tant d'appétence. Il s'est administré deux fois, de lui-même, de l'huile de ricin, et malgré que ce moyen lui ait procuré des garde-robes abondantes, ses coliques douloureuses ont persisté ; il a de la fièvre, avec céphalalgie intense. A ma première visite, le 7 juillet, je l'ai trouvé dans l'état suivant : fièvre intense, pouls dur et fréquent, chaleur dermique exagérée, céphalalgie gravative, yeux étincelants, langue blanchâtre, sèche, à papilles saillantes, rouge au sommet et aux bords, soif vive, sentiment d'oppression à l'épigastre ; douleurs dans tout l'abdomen, avec tension gazeuse ; urines rares et colorées. J'ai diagnostiqué une gastro-entérite, pratiqué une saignée de 500 gm. (une livre) dont le sang s'est couvert de couenne épaisse ; 60 centig. (12 grains) de gomme-gutte en poudre mêlés à un peu de sucre et de poudre de gomme arabique, et divisés en douze paquets, à prendre un paquet toutes les deux heures; de l'eau fraîche à discrétion pour tisane. On a répété chaque jour la même dose de gomme-gutte en augmentant un peu chaque fois. Pendant les quatre premiers jours les douleurs avaient très peu diminué ; j'ai pratiqué alors deux autres saignées, des garde-robes se sont déclarées, de matières liquides, jaunâtres ; des urines copieuses, et l'amélioration a été des plus prononcées. Le cinquième jour, le malade est beaucoup mieux, sa tête est dégagée, la fièvre tombée, la soif beaucoup moindre; le malade a eu deux fois envie de vomir ; les garde-robes commencent à diminuer, elles reviennent à de longs intervalles. On continue la gomme gutte à la dose de 60 centig. Les sixième et septième jours, l'amélioration est de plus en plus prononcée et franche; on réduit la quantité du remède à 45 centigr. (9 grains) par jour. Le neuvième jour, mieux progressif ; on diminue encore la dose du remède; le lendemain, on lui substitue l'usage d'une émulsion cyanosée (eau de laurier cerise). Le douzième jour, convalescence, lavements émollients. Guérison.

5e *Fait.* —Parmi les nombreux cas de dyssenterie graves que nous avons guéris à l'aide de la gomme-gutte, je citerai le suivant. Mme M... très âgée, habituellement faible, souffrant souvent de la poitrine et du ventre, a été prise de dyssenterie grave, durant l'épidémie qui a régné chez nous. A l'examen, elle est pâle, sa peau est comme collée aux os, prostration extrême, pouls petit et fréquent, froid aux extrémités, sentiment de fourmillement aux mollets, douleurs intermittentes à l'ombilic, évacuations alvines muco-sanguinolentes fréquentes; urines rares, avec sentiment de chaleur à l'urêtre pendant l'émission. J'ai prescrit la gomme-gutte en poudre comme dans le cas précédent. Chaque paquet en contenait d'abord 7 centig. (1 grain et demi), puis 5 centig. Six jours se sont passés dans cette médication sans un soulagement bien notable. J'ai donc substitué à la gomme-gutte une émulsion avec addition tantôt d'eau de laurier cerise, tantôt de poudre d'ipécacuanha; les choses n'ont pas mieux marché. J'ai alors eu recours, malgré la petitesse du pouls et le froid aux extrémités, à une application de sangsues au ventre, puis, à une petite saignée du bras, qui a été répétée avec une amélioration très manifeste; le sang était très couenneux. Le pouls est devenu décidément métallique (petit et dur), la chaleur à la peau était revenue et le fourmillement aux jambes avait disparu; douleurs abdominales plus tolérables, visage légèrement coloré; mais le ténesme, les épreintes douloureuses et les évacuations muco-sanguinolentes persistaient avec une fréquence effrayante, malgré l'usage des émulsions raffraîchissantes, de l'huile de ricin, de l'eau de laurier cerise, de l'ipécacuanha et de lavements émollients qui depuis une semaine avaient été substitués à la gomme-gutte. Une nouvelle application de sangsues à l'anus a été faite sans plus d'avantage. Dans cet état désespéré nous sommes revenus à la gomme gutte, à la dose de 5 centig. par paquet toutes les deux heures. Au bout de deux jours de ce traitement, les selles sont devenues plus libres et plus copieuses, les douleurs intestinales se sont apaisées; nous avons continué ce remède pendant cinq jours, la malade en avait déjà pris quatre gm. (un gros) pendant ce temps; l'amélioration était alors marquée et franche, la fièvre, l'entéralgie, la céphalée s'étant dissipées, ainsi que le ténesme; les évacuations alvines avaient perdu le caractère muco-sanguinolent, et étaient devenues liquides jaunâtres ; le pouls s'est développé; mieux progressif, guérison après six semaines de traitement. La convalescence a été longue, mais sans accidents.

A la suite de ces faits l'auteur se livre à des considérations générales tendant à prouver : d'une part, que les cas de ce genre doivent être considérés comme des entérites, des colites, des gastro-entérites plus ou moins intenses qui réclament essentiellement les remèdes hyposthénisants ou antiphlogistiques; d'autre part, que la gomme-gutte n'a agi électivement que comme hyposthénisant entérique; que cette action a été insuffisante dans certains cas sans le secours de la saignée, mais la saignée seule avait échoué à son tour. Ce qui démontre que la gomme-gutte exerçait une double action, l'une hyposthénisante générale, l'autre élective sur l'intestin, c'est qu'elle changeait la nature et la quantité des garde-robes, enlevait le spasme intestinal et la fièvre, relevait le pouls, etc. phénomènes que les autres médicaments essayés n'ont pu produire. Au surplus, l'auteur pense que la gomme gutte n'est pas le seul remède capable de pro-

curer l'hyposthénisation entérique dont il s'agit, puisque M. Tommasini a obtenu les mêmes résultats à l'aide de la scammonée ; M. Giacomini, au moyen du sulfate de magnésie à forte dose ; Rasori avec le jalap, l'aloès, le calomel, etc. Sydenham, dans l'épidémie de 1669 à 1672, s'est bien trouvé du séné mêlé à la rhubarbe et à la mauve ; ce grand praticien donna la rhubarbe à la dose de deux gm. (demi gros) par jour. Cette pratique a été heureusement imitée par d'autres (Annali Univ. di med. oct. 1845).

Inclinaisons et inflexions de l'uterus.—Il résulte d'une foule de recherches anatomiques, que chez beaucoup de femmes les ligaments larges de l'utérus sont naturellement de longueur inégale, ce qui fait que le fond de cet organe incline naturellement d'un côté ou de l'autre. En cas de grossesse, l'inclinaison utérine serait donc la conséquence de cet état anatomique congénital. Il en serait de même des inflexions, car on a constaté une pareille disposition sur le cadavre de jeunes personnes dont les organes sexuels conservaient encore leur pureté anatomique primitive (Diseases of females, by Rigby, in Med. Times).

Teigne. — On a dernièrement beaucoup vanté, devant le Congrès de Naples, l'huile de pétrole, contre toute espèce de teigne. L'auteur, M. Santoli, mêle le pétrole avec une partie égale d'huile d'olive, et en fait enduire la tête matin et soir. Si le mal est traité à temps ce topique prévient souvent, dit l'auteur, une calvitie permanente. Ce remède n'est pas nouveau comme on sait.

TRANSACTIONS ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les injections iodées dans les cavités closes viennent d'occuper pendant un mois entier l'Académie. Elle a entendu le pour et le contre ; les chirurgiens, les médecins y ont pris part, et même les pharmaciens et les vétérinaires. Malheureusement cette longue discussion, dans laquelle diverses passions ont endossé le manteau de la science, n'a rien ajouté absolument à ce qu'on savait, ni changé, par conséquent, le moins du monde les convictions préalables. Nous allons résumer cette discussion, en l'abrégeant toutefois, un grand nombre d'idées émises sur cette matière ayant déjà été exposées en différentes occasions par nous.

MM. Jobert, Bérard, Laugier, ont parlé dans les sens de M. Velpeau. MM. Roux, Gerdy, Blandin, Boulet, vétérinaire, ont parlé contre. MM. Guibourt et Caventou ont apprécié à leur tour la teinture iodée ; tels sont les acteurs de cette discussion.—M. Guibourt, en sa qualité de pharmacien, a parlé comme un livre. Il a communiqué à l'assemblée cette observation qu'on trouve imprimée partout sur la composition de la teinture iodée : savoir, que la teinture préparée depuis peu, depuis quelques semaines par exemple, quand on la mêle à deux parties d'eau distillée, comme le fait M. Velpeau, laisse précipiter une très grande quantité d'iode à l'état métallique, et il n'en reste que très peu en dissolution dans le mélange ; tandis que si elle est ancienne, préparée depuis plusieurs mois, une année ou plus, la teinture est plus stable, peut être mélangée à l'eau distillée sans que l'iode se précipite, par la raison que l'iode décompose à la longue l'alcool de la teinture et s'empare de son hydrogène ; il en résulte un acide iodhydrique ioduré qui est parfaitement soluble. M. Guibourt ne s'est pas arrêté à rappeler ce fait connu, il s'est cru autorisé d'ajouter que, dans le premier cas, la teinture était un poison formidable, attendu que, d'après lui, l'iode métallique qui se précipite sur la muqueuse de l'estomac, si la teinture est prise par bouche, ou sur les séreuses, si elle est injectée dans les cavités, *corrode les tissus* comme les poisons les plus énergiques. (On voit bien par ces dernières phrases que M. Guibourt n'a pas la moindre idée sur l'action des poisons ni même sur l'action locale de l'iode, car cela est inexact); tandis que dans le second, le médicament ne se précipitant pas, n'exerce pas d'action corrosive, il est par cela même moins énergique et toléré sans accidents. (1) M. Caventou a répété les mêmes choses que M. Guibourt sur la stabilité de la teinture iodée récente ou ancienne ; mais il a dit exactement le contraire relativement à son action, la première serait, selon lui, moins active que la seconde. (C'est assez singulier que cette tendance des pharmaciens à se mêler de questions thérapeutiques). Puis M. Caventou est entré dans une foule de détails sur l'action de l'alcool dans les injections avec les teintures iodées ; ces détails étant très connus des médecins, surtout de nos lecteurs, nous les passons sous silence sans inconvénient. — Vient maintenant M. Boulet. Ce vétérinaire avait été frappé des succès remarquables que son confrère, M. Leblanc, qui n'est pas membre de l'Académie, avait obtenus dans 33 cas d'injections iodées qu'il avait pratiquées dans les articulations de divers chevaux, et dont il venait de communiquer les résultats à l'Académie, par une note qu'a lue M. Velpeau à la tribune. Dès lors M. Boulet a mis à contribution son fils, professeur à Alfort, dont on a pu voir depuis quelques mois les articles personnels contre M. Leblanc. M. Boulet a trouvé ainsi tout préparés trois cas d'injections iodées que M. son fils *assure* avoir pratiquées à Alfort sur trois chevaux hydrarthriques, lesquels chevaux seraient morts promptement par suite de ces injections (marques d'incrédulité). Puis M. Boulet a parlé d'un autre cheval qu'il traitait en ville, d'hydrarthrose, à l'aide de vésicatoires, lorsque M. Leblanc ou un autre a été appelé et a pratiqué dans la tumeur une injection iodée. M. Boulet a affirmé que cette injection avait occasionné une escarrhe sur le lieu de la ponction. M. Velpeau, cependant, a, dans sa réplique, traité

(1) Cette action de l'iode sur l'hydrogène de l'alcool semble analogue à celle que l'élément acide des vins vieux exerce à la longue sur l'alcool du vin et le convertit en éther ; analogue aussi à celle que l'élément gras des mêmes vins (huiles fixes) exerce sur l'oxigène du vin, ce qui le convertit en huile essentielle, et constitue le *bouquet* des vins vieux, proprement dit (Dumas, Chimie.)

de *malicieux* les trois faits d'Alfort, et d'inexact le quatrième; car ce dernier cheval a guéri.

M. Jobert a traité la question d'une manière complète. Il l'a examinée dans ses généralités et dans ses embranchements particuliers, et partout il a reconnu de grands avantages aux injections iodées, soit dans l'opération de l'hydrocèle, soit dans le traitement des abcès froids, soit enfin dans les kystes hydatiques ou d'autre espèce, au poignet ou ailleurs. Dans la discussion générale, M. Jobert a examiné les injections iodées au triple point de vue : de la récidive des tumeurs injectées, de la gangrène par infiltration de la teinture iodée dans le tissu cellulaire, et de l'intoxication par l'absorption générale. A l'égard de la récidive, il en reconnaît la réalité, mais elle est plus rare que par le vin dans l'hydrocèle. Quant à la gangrène, il en conteste la réalité, et sous ce rapport, la teinture iodée offre des avantages réels sur le vin. Pour ce qui est enfin de l'intoxication, elle n'a été jusqu'ici que purement hypothétique. Il a injecté jusqu'à 250 grammes de teinture pure dans des foyers d'abcès froids, sans le moindre accident. En définitive, M. Jobert s'est déclaré partisan des injections iodées pour les kystes en général, pour les abcès froids et pour l'hydrocèle simple ou compliquée de tuberculisation testiculaire. Quant à l'hydrarthrose, il a rappelé les expériences qu'il avait faites autrefois en y injectant de l'alcool affaibli, mais il n'a pas assez d'observations jusqu'ici pour apprécier la bonté des injections iodées, dans les cas exceptionnels où le mal résiste à la méthode resolutive ordinaire. — M. Laugier s'est bien trouvé des injections iodées; il ne comprend pas l'opposition qu'on fait à ce procédé, puisqu'en définitive c'est, selon lui, l'alcool de la teinture qui agit et non l'iode. Il assimile, par conséquent, les injections iodées aux injections vineuses. — M. Bérard tient le même langage que M. Jobert à l'égard des kystes et de l'hydrocèle. Quant à l'hydrarthrose, il en a traité deux cas par l'injection iodée, mais le mal était avancé et il a été obligé de les amputer. — M. Roux s'est borné à la question de l'hydrocèle, il a fait l'éloge des injections vineuses, et rejeté comme inutiles celles à la teinture iodée. Il trouve exagéré ce qu'on a dit en faveur de cette teinture et contre l'injection vineuse qui constitue, selon lui, une méthode mathématique et sure.

M. Velpeau a enfin résumé la discussion, combattu en masse et individuellement ses adversaires. Il a repris en sous-œuvre leurs objections, les a incisées, morcelées, éparpillées avec une logique toujours pressante, parfois irrésistible, souvent égayante en sa faveur ; il s'est aidé des faits mêmes de ses adversaires en les rétorquant à son avantage : il a été tantôt vif et piquant, tantôt grave, et toujours instructif, un grand nombre de faits de sa propre pratique lui ayant à chaque pas servi de rempart inexpugnable. L'historique qu'il a fait de la marche progressive qu'il avait suivie depuis douze ans dans l'application clinique de la méthode, a surtout intéressé l'assemblée. Il a commencé par l'hydrocèle simple, passé à l'hydrocèle enkystée du cordon, à l'hydrocèle avec tuberculisation du testicule, aux vieux sacs herniaires convertis en hydrocèle, à l'hydrocèle compliquée de hernie congénitale, aux kystes liquides autour des articulations (hygroma), au goître aqueux, puis aux hydrarthroses rebelles aux méthodes ordinaires, etc.; partout les injections iodées ont donné des résultats heureux ; presque toujours la guérison a été complète et prompte, jamais d'accidents. La dose à laquelle il s'est arrêté définitivement, est toujours d'une partie de teinture et deux parties d'eau. Si d'autres ont échoué, c'est qu'ils n'ont pas procédé de la même manière ; ils met à la disposition de ceux des membres de l'Académie qui le désirent les détails écrits des observations, et les adresses d'un grand nombre de malades qu'il a opérés de la sorte et qui habitent Paris. En résumé, la teinture iodée paraît à M. Velpeau un moyen avantageux, acquis à la pratique dans le traitement des hydropisies enkystées en général et offre, dans une foule de cas, une supériorité marquée sur les injections vineuses ; elle s'applique d'ailleurs avec succès dans les maladies où le vin n'est pas employé et où l'usage du bistouri présente de grands dangers ; tels sont, par exemple, les kystes hydatiques du poignet, les hygroma péri-articulaires, les goîtres aqueux, les abcès froids. — Disons enfin que, dans sa conclusion relative au travail de M. J. Roux, M. Velpeau demandait le renvoi de ce mémoire au comité de publication et l'inscription du nom de l'auteur, *en première ligne*, sur la liste des candidats pour membres correspondants. Cette conclusion a été combattue, non à cause du mérite très connu de M. J. Roux, que les adversaires des injections iodées se plaisent à honorer, mais par égard au fond de la méthode qu'ils n'entendaient aucunement encourager par un vote aussi favorable. La conclusion de M. Velpeau a cependant fini par être adoptée.

Correspondance.

—

Fièvres intermittentes.— Médecine italienne.

Mon cher confrère.—Dans le dernier numéro de votre excellent journal de thérapeutique, vous avez eu la bonté d'insérer la lettre que je vous avais écrite. J'ai vu une erreur typographique page 141, 2 col., ligne 6, où il est dit : Que nombre de fièvres *graves*, etc.; c'est *quartes* et non pas graves. Cette phrase est textuellement transcrite de l'ouvrage que j'ai publié en 1813 à Rome, sous le titre de *Recherches médico-topographiques sur Rome et l'agro-romano.* — Vous voyez qu'il y a longtemps que j'ai des opinions arrêtées sur la cause et le siége des fièvres intermittentes. Dès cette époque, j'ai nié l'existence du miasme paludéen, qui n'est démontré ni par la méthode expérimentale, ni par aucune des propriétés communes aux miasmes dont la vertu est d'engendrer toujours et invariablement une même maladie de gravité variable, ayant des périodes d'incubation, de développement, d'acuité et de disparition, et dont les effets ne peuvent être tronqués dans leur marche. N'est-il pas démontré que tous les gaz qui peuvent se dégager des endroits marécageux sont, ou promptement absorbés par les végétaux, ou décomposés à l'air libre ? De nombreux savants praticiens italiens n'ont-ils pas observé que le prothée intermittent sévit dans les États-Romains, sur les hauteurs comme dans la plaine, partout enfin, quand, à l'époque des chaleurs, il y a des évaporations humides et des changements brusques de température ?

Que mes opinions, basées sur un long séjour dans un

pays où ce genre de maladies règne endémiquement tous les ans, soient contestées, cela m'est parfaitement égal. J'ai pour moi l'assentiment de plusieurs professeurs distingués de cette belle Italie qui progresse sans bruit, et où les connaissances en ce genre, comme en thérapeutique, marchent d'une manière remarquable. On admettra plus tard leurs idées comme on l'a fait en France de l'emploi du tartre-stibié à haute dose, dans les pneumonies et péripneumonies aiguës, dans les arthrites, voire même dans l'hydrarthrose. Je me rappelle qu'il y a 28 ans, lorsque j'ai mis en usage ce remède, à haute dose, M. le docteur Boulay, l'un de nos pharmaciens distingués, membre de l'Académie royale de médecine, ne voulut exécuter ma prescription qu'après m'avoir vu. La même chose eut lieu, à la même époque, chez M. Lentillac, pharmacien, rue du faubourg Montmartre, pour un autre malade atteint de péripneumonie auquel je donnais mes soins. — Tôt ou tard, soyez en sûr, la vérité se fera jour en dépit des détracteurs obstinés contre les innovations qui ne sont pas de leur crû et qui ne doivent leur crédit qu'à leur position scientifique ou autre.—Agréez, etc.

Baron Michel.

Paris, le 16 janvier 1846.

FAITS CRITIQUES.

L'Académie de médecine. Etes-vous affecté d'insomnie : allez aux séances de l'Académie, vous en serez promptement guéri. Voulez-vous prendre de mauvaises habitudes scientifiques : assistez à ses séances. Aimez-vous les banalités médicales : lisez son Bulletin bi-hebdomadaire; vous le trouverez à Paris chez les épiciers et chez les marchands de marrons. Comment peut-il en être autrement dans une cohue de plus de 100 membres, dont les uns, pharmaciens, se mêlent de parler médecine et toxicologie; les autres, vétérinaires, tout aussi étrangers à la science de l'homme. Au milieu de ces éléments hetérogènes se trouve une foule de médecins qui, comme la plupart des précédents n'ont rien écrit, rien fait de durable pour la science, dont plusieurs n'ont même pas l'habitude de la discussion académique. Ceux-là ne font jamais de rapports, ne prennent jamais part aux discussions publiques ; ils constituent les statues périphériques de l'assemblée, et sont les plus exacts à toucher leurs jetons. C'est dans cette texture bizarre que se trouvent mêlés les quelques hommes éminents que l'Académie possède. Aussi, de ces derniers, n'y en a-t-il qu'un très petit nombre qui assistent habituellement aux séances. Cette Académie a pour mission officielle du Gouvernement (qui la subventionne à 80,000 fr. par an), d'approfondir l'étude des eaux-minérales ; et pourtant on trouve à peine dans l'assemblée entière trois ou quatre membres qui entendent quelque chose sur cette matière. En définitive, dans son état fonctionnel actuel, il serait difficile de trouver la place que cette Académie occupe dans la science, et l'on peut regretter que le premier corps médical de France soit un composé parfaitement inutile. Comparez-le à l'immortel Académie de chirurgie à laquelle il a succédé !.....

Thérapeutique des hôpitaux de Paris. — Un fait des plus remarquables dans l'état actuel de la médecine à Paris, c'est qu'il n'y a pas de thérapeutique scientifique, ni dans les hôpitaux ni ailleurs. Tout l'arsenal des médecins en effet se réduit à cinq ou six remèdes à peu près, pour toutes les maladies; encore quelques uns de ces remèdes ne sont-ils que purement mécaniques. Il en est même qui n'en connaissent que trois : la saignée, la diète et l'eau. Aussi la matière médicale n'est-elle guère étudiée, et l'on ne doit point être fort surpris de la profonde ignorance qui règne généralement à l'égard de l'action des médicaments. Tout le savoir à cet égard se réduit à quelques notions erronées dictées par les petits formulaires. On professe *a priori* que tous les médicaments sont irritants, excitants, incendiaires, et par conséquent nuisibles le plus souvent; et quand le hasard fait qu'un médicament réussit entre les mains de quelqu'un, on se jette dans l'hypothèse des spécificités. On n'a pas de principes thérapeutiques, et l'on se laisse conduire par un aveugle empirisme ou par le système iatrochimique qui mène à l'absurde. Au lieu d'étudier les médicaments, les médecins s'adonnent complétement à l'humorisme. L'humorisme médical du jour constitue une sorte de lac à fond trouble, dont l'embarcadère se trouve en ce moment dans les salles de M. Andral et de M. Bouillaud. On reprochait à Broussais d'être systématique, et l'on est tombé dans un système plus déplorable encore pour la science et pour l'art. L'enthousiasme humoral est tel qu'on ne se doute même pas qu'on se noie !

La chirurgie téméraire. — Il a été question, il y a peu de jours, à l'Académie de médecine, des opérations hasardées, dangereuses, que M. Gerdy a caractérisées de *chirurgie téméraire*. On ne s'est cependant pas prononcé sur les opérations qu'on pouvait ranger dans cette catégorie. Nous croyons, que dans l'état actuel des connaissances, on pourrait considérer comme telles les opérations suivantes : 1° L'extirpation de l'utérus. « Je voudrais savoir, nous a dit un jour Boyer, en parlant d'un médecin qui a ressuscité cette ancienne opération, s'il laisserait arracher ainsi l'utérus à sa femme !! » 2° L'ablation des kystes abdominaux, connus sous le nom de tumeurs ovariques, hydropisie enkystée de l'abdomen, etc. Une véritable boucherie a lieu depuis quelques années en Angleterre et en Amérique à l'occasion de ces tumeurs; 3° L'enlèvement du goître, solide ou liquide, à laide du bistouri ; 4° Les tentatives d'oblitération du vagin pour guérir des fistules vésico-vaginales, en convertissant la vessie et la partie postérieure du vagin en un cloaque hémato-urinaire; 5° L'opération césarienne, par entêtement contre le céphalotribe et contre l'accouchement prématuré artificiel; 6° La ligature de l'artère aorte; 7° La ligature ou l'excision des encéphalocèles, soit congénitales, soit accidentelles; 8° Les injections irritantes dans l'abdomen hydropique; 9° Le brisement instantané des articulations ankylosées; 10° Les amputations dites de complaisance; 11° Les tentatives outrée des réductions de luxations anciennes ; 12° La ténotomie dorsale pour le redressement de la colonne vertébrale; 13° La glossotomie contre le bégaiement; 14° L'urétrotomie, contre les rétrécissements ordinaires de l'urètre, etc., etc. Il est aussi une toxicologie téméraire, plus redoutable encore que la chirurgie de ce nom ; nous en avons souvent cité des exemples.

La Chlorose. — Le journal de la Société de médecine pratique de Montpellier répond aujourd'hui à notre critique intitulée : *la chlorose des environs de la Garonne* (*V.* notre n° de déc. p. 369). Notre honorable confrère caractérise notre critique d'*acerbe* ! Nous avouons que l'ayant relue, nous ne voyons pas le moindre fondement à une pareille caractérisation. Il est vrai que notre confrère ajoute aussitôt après : « Nous aurions beaucoup à dire sur le fond et sur la forme de cette critique; mais il ne nous convient pas de suivre une discussion ainsi engagée. » — Cela est bien clair et signifie, en réalité, que, quand un terrein est scabreux à suivre, on rebrousse chemin, et l'on prétexte une

âpretée quelconque. Puis l'on trouve commode d'ajouter que nous sommes obscur! Prouvez donc, encore un coup, que la chlorose n'est qu'une maladie du sang, ainsi que votre journal vient de le répéter. Prouvez, en outre, que le fer est un tonique; qu'on ne peut guérir la chlorose sans fer; et réfutez, si vous pouvez, nos observations contraires à cette doctrine. Est-ce clair? Il y a un an, un des écrivains de Montpellier devait nous foudroyer sur la question de l'action des composés auriques. Puis, quand nous l'avons pressé de près sur les faits, il s'est fâché pareillement en disant que notre style était acerbe et obscur! C'est ce qu'on appelle une finesse gasconne. Merci!!

Question historique. — Dans un concours qui vient d'avoir lieu à la Faculté de Montpellier, pour une chaire de clinique chirurgicale laissée vacante par la démission de M. Lallemand, deux des candidats se sont trouvés à discuter la question de savoir d'où était Marc-Aurèle Séverin. L'un, M. Alquié, avait fait supposer que Séverin était Allemand; ce qui l'avait trompé, c'était d'avoir vu qu'une partie de ses œuvres avaient été imprimées à Francfort. L'autre, M. Boyer, soutenait au contraire que Séverin était Napolitain. Voici cependant la Gaz. méd. de Montpellier qui, planant gravement sur les têtes des deux combattants, tranche la question en disant que: « M.-A. Séverin fut originaire de Tarsia, dans la Calabre, et non de Naples, comme l'a dit publiquement M. Boyer, voulant en remontrer à M. Alquié. » — Il y a là probablement un *qui pro-quo*, car Tarsia, ou plutôt la Calabre citérieure, où est né Séverin, appartient au royaume de Naples. On sait que ce grand chirurgien était professeur à Naples, et l'on conserve encore à l'hôpital des Incurables de cette ville, où il fit de si éclatantes opérations, une foule de documents précieux laissés par son exercise. Son nom est aussi populaire en Italie que celui d'A. Paré l'est en France.

La teinture iodée. — Un journal vient de faire dire à M. Guibourt, à l'Académie, ce qu'il n'a pas dit, ce qu'il ne pouvait pas dire, savoir, que, dans la teinture récente, l'iode se précipite par l'addition de deux parties d'eau, parce qu'il n'est que suspendu dans l'alcool. C'est une erreur. L'iode y est parfaitement dissous au contraire; et s'il se précipite par l'eau, c'est que ce liquide délayant l'alcool enlève à celui-ci le degré d'affinité nécessaire pour retenir l'iode; et comme ce corps n'est presque pas soluble dans l'eau, il se précipite nécessairement.

La medecine veterinaire. — On se demande où en est la science de l'art vétérinaire en France en ce moment. Naguère, cet art comptait des hommes très savants à Paris. On sait que Huzard, par exemple, était membre de l'Académie des sciences, et que, depuis sa mort, cette Académie n'a pas trouvé par qui le remplacer parmi les vétérinaires actuels. Regardez un peu ce que produit l'École royale vétérinaire d'Alfort, comme science? Entendez les vétérinaires de l'Académie de médecine, ou plutôt recherchez leurs ouvrages; où sont-ils? Il n'y en a pas malheureusement. Bien des vétérinaires du jour sont étrangers aux hautes études scientifiques; leurs travaux sont de quarante ans en arrière de l'état actuel de la pathologie et de la thérapeutique générales. Le seul ouvrage sur lequel ils basent leur pratique, c'est le vieux dictionnaire d'Arboval, ouvrage arriéré, superficiel, entrelardé de fautes grossières; et pourtant ils n'en ont pas d'autre de quelque valeur; et rien ne paraît jusqu'ici capable de le remplacer. En présence d'un bagage scientifique aussi léger, les vétérinaires se plaignent de ce que l'Institut ne les appele pas dans son sein. Il est cependant en dehors de l'Ecole d'Alfort et de l'Académie un praticien d'un mérite élevé, très laborieux et qui prépare, dit-on, une publication importante: nous voulons parler d'un grand Dictionnaire de médecine vétérinaire en 20 volumes, de M. Leblanc. La science vétérinaire a réellement besoin d'être restaurée.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur l'anatomie pathologique de l'artérite; *par M. le docteur C. Castiglioni*, méd. au grand hôpital de Milan. Broch. in-4. en italien, de 209 pages. Bologna, 1844. — Ce travail vient d'être couronné d'un prix de cinq cents francs par l'Académie de Bologne, et imprimé aux frais de cette savante compagnie. L'auteur a eu à répondre à cette question mise au concours par cette Académie: « Décrire les altérations pathologiques de l'artérite. Rechercher particulièrement, 1° dans quelle membrane les altérations ont eu lieu; 2° si l'inflammation artérielle peut produire la lithiase, et si chaque lithiase artérielle est l'effet d'inflammation; 3° déterminer à l'aide d'observations et d'expériences quels sont les caractères qui distinguent la rougeur artérielle qui est l'effet d'une inflammation, de la rougeur qui dépend d'une imbibition cadavérique, et quelles sont les circonstances qui favorisent cette dernière. » — M. Castiglioni divise son travail en deux parties: la première, qui n'embrasse pas moins de 100 grandes pages in-4. en petit texte, est consacrée à l'anatomie des artères, véritable monographie encyclopédique la plus complète, la plus minutieuse, la plus exacte qu'on ait possédée jusqu'ici. L'auteur ne s'est pas contenté de reproduire textuellement en notes les passages des anatomistes les plus capables pour appuyer ses observations et ses raisonnements, il s'est aussi livré à des procédés extrêmement délicats et nouveaux pour déchiffrer la structure interne des artères; ses préparations se trouvent consignées dans le cabinet anatomique de l'hôpital de Milan. Les conclusions de cette première partie sont, 1° que chaque artère, que les auteurs avaient en divers temps divisée en trois, quatre, cinq membranes, n'est réellement composée que de trois membranes, ainsi que les modernes l'admettent généralement. Ces trois membranes peuvent être, par un artifice de préparation, *dégaînées* et former trois tubes distincts; mais la membrane interne résulte de deux couches, dont l'une diaphane, en contact avec le sang, est purément épidermique, absolument semblable à l'épithelium des muqueuses; l'autre, plus profonde, essentiellement vasculaire et différente du tissu cellulaire inter-membraneux. Ces deux couches sont elles-mêmes parfaitement divisibles avec le bistouri, à l'aide de certaines précautions. D'où il résulte réellement quatre membranes, ainsi que cela est manifeste dans les préparations de l'auteur. 2° La moyenne ou fibreuse est composée de fibres annulaires, parallèles entre elles, comme les cerceaux de la trachée. Ce tissu est très resistant de lui-même: mais si le fil des ligatures le coupe aisément, c'est que ce fil porte dans l'espace inter-annulaire, qui est est extrêmement fragile, et il écarte les anneaux. Dans des expériences que l'auteur a faites, un fil qui serre un tube artériel dans le sens de sa longueur ne divise la fibreuse qu'avec difficulté, et il faut une force beaucoup plus considérable qu'il a calculée au dynamomètre. L'arc de l'aorte est autrement organisée. 3° Les vaisseaux et les nerfs que les trois membranes reçoivent sont considérables. Il y a aussi des vaisseaux limphatiques parmi les *vasa vasorum*. Par suite de l'état inorganique de la membrane interne, qui est en contact avec le sang, ses lésions sont toujours consécutives aux altérations de la couche sous-jacente vasculaire. Une foule

d'observations intéressantes se rattachent à ces données générales concernant la couleur, l'épaisseur et la vascularité naturelles des parois artérielles aux divers âges et tempéraments. La membrane interne des artères est continue avec l'endocarde et s'enflamme aisément comme ce dernier. Le siége de l'artérite peut avoir lieu indistinctement dans toutes les membranes du canal, mais le plus souvent dans la gaîne et dans la moyenne, et la phlogose passe aisément du tube artériel aux membranes ou aux viscères voisins; et *vice versa*, elle dépend parfois d'une propagation d'inflammations viscérales. L'artérite lente est beaucoup plus fréquente que l'aiguë. Sur quinze cadavres que l'auteur a disséqués en six mois, et dont les sujets avaient succombé à l'artérite, dix avaient été ravagés par l'artérite lente. Il est regrettable que l'auteur n'ait pas donné ces dix observations avec détails; c'est que ces sortes de faits sont excessivement triviaux dans les hôpitaux d'Italie; nous prions instamment l'auteur de publier ou de nous faire parvenir les détails de ces dix cas qui intéressent au plus haut degré l'anat. path. La question de l'artérite lente que nous avons soulevée en France rencontre tant d'opposition que les autopsies seules, bien faites, peuvent sanctionner définitivement la solution.

La seconde partie du mémoire de M. Castiglioni comprend une étendue plus considérable encore que la précédente. L'auteur s'attache à démontrer d'abord, par un très grand nombre d'autopsies minutieuses, que l'artérite laisse des lésions diverses dans telle ou telle couche, selon son intensité et son siége, depuis la simple congestion jusqu'au ramollissement, aux infiltrations purulentes, aux ulcérations, aux abcès, aux fausses membranes, aux dépôts de matière lithique ou osseuse. Il a fait de nombreuses expériences sur les animaux pour confirmer l'exactitude de cette généralité de siége que les auteurs avaient, à tort, limité dans la couche profonde de la membrane interne. Le point capital de ce travail, et que l'auteur a établi péremptoirement, c'est que la lithiase artérielle ou l'ossification se rattache constamment à un travail phlogistique récent ou ancien, actuellement existant ou éteint; il a surpris, pour ainsi dire, la nature dans son début, et l'a suivie pas à pas dans ce travail morbide. C'est d'abord une matière plastique liquide ou molle que la phlogose répand; cette matière se concrète, se charge de principes lithiques, puis, à la longue, elle forme de véritables ossifications. Ces idées régnaient déjà en Italie depuis longtemps, mais des contestations avaient surgi sur leur généralisation. Cette genèse litho-ossifère a été éclaircie par M. Castiglioni par tant de faits nouveaux, d'observations délicates, de rapprochements ingénieux et concluants qu'aucun doute ne peut être plus conservé à cet égard. Ainsi, l'ossification artérielle qu'on peut rencontrer à tous les âges, n'est pas un phénomène physiologique, ainsi qu'on l'enseigne; c'est le signe univoque d'une artérite préalable. Une érudition immense, reproduite en notes textuelles, donne à ce travail précieux un mérite de plus qui le recommande hautement à la méditation des savants. On rencontre très rarement, de nos jours, des mémoires aussi complets, aussi bien faits que celui dont nous venons de rendre compte. Nous faisons des vœux, dans l'intérêt de la science, de le voir traduit et vulgarisé en France.

NÉCROLOGIE.

Mort du docteur Robecchi. — Nous avons une douloureuse nouvelle à annoncer : la mort de notre cher compatriote et ami, le docteur Robecchi. Il a succombé à Paris, le 25 janvier, d'une maladie chronique d'un rein, dont on n'avait pu déterminer la nature. — Robecchi n'était âgé que de 39 ans. Elève de l'Ecole de Pavie, il était l'ami intime du célèbre professeur Panizza. Ses profondes connaissances en anatomie, son tact exquis comme clinicien, son caractère doux, loyal, désintéressé, bienveillant, joints à une rare pureté de mœurs, *à une probité à toute épreuve* et à un physique des plus avantageux, lui avaient fait une position des plus honorables à Paris. Robecchi n'était pas marié; il laisse de profonds regrets parmi ses nombreux amis en France et en Italie. Bien des malheureux sentiront la perte des bienfaits que Robecchi leur prodigait; il dépensait en secours charitables une grande partie des produits de sa clientelle. Plus de 200 personnes de distinction (Italiens et Français) assistaient à son enterrement. Parmi nos confrères parisiens, nous avons remarqué, entre autres, M. le docteur Louis.

ANNONCES.

TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE et de *Thérapeutique, précédé de Considérations générales sur la zoologie et suivi de l'histoire des eaux naturelles;* par J. Dieu, pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire de Metz. 3 vol. in-8. Prix : 19 fr. 50. Le premier volume est en vente : à Metz, chez Pallez et Rousseau; à Paris, chez Fortin, Masson et comp., place de l'Ecole-de-Médecine, 1. — Nous rendrons compte de cet important ouvrage.

Maladies des Femmes. Des abus de la cautérisation et de la résection du col, dans les maladies de la matrice; par M. F.-L. Pichard, D. M. Broc. grand in-8° de 191 pages. Paris, 1845. Chez G. Baillière, libraire.

ÉCHO DE LA LITTÉRATURE
ET DES BEAUX-ARTS.

Ce journal paraît le 30 de chaque mois, par livraison de deux feuilles au moins, grand in-8° et satinées, comprenant la valeur de HUIT vol. in-8° ordinaires par an.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Un an, Paris, 10 fr., Départements, 11 fr., Etranger, 12 fr.

Les *Morceaux choisis de la littérature du mois* paraissent en même temps par livraisons de 64 à 100 colonnes, grand in-8° et satinées, pris séparément :

Un an, Paris,	6 fr., Départements,	7 fr., Etranger,	8 fr.
Les 12 recueils	15	17	19

ON S'ABONNE :

Au Bureau à Paris, rue St-Hyacinthe-St-Michel, 33.

Dans les départements et à l'étranger par un bon sur le Trésor, un mandat sur la poste, ou sur une maison de Paris, chez les libraires et les directeurs de messageries. (*Affranchir.*)

Erratum. En tête de notre dernier numéro on a omis de changer la date de l'année 1845 pour celle de l'année courante.

Paris. — Imprimerie de LACOUR et C., rue St-Hyacinthe-St-Michel, 33.

Troisième Année. Ce Journal paraît le Ier de chaque mois. N° 12. — Mars 1846.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

ET

DE TOXICOLOGIE.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(CELSE, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.
» ALIBERT. »

—

Eaux minérales des Pyrénées (4e *article*).

EAUX-BONNES (*sulfureuses thermales*).

§ II. *Historique. Conditions physiques et chimiques.* — Dans le dernier article nous avons étudié les Eaux-Bonnes à un point de vue général, en rapport avec les conditions topographiques de la région pyrénéenne qu'elles occupent. Arrivons aujourd'hui de plus près à leur examen. Et d'abord, disons un mot sur leur historique. L'origine de la connaissance de ces sources se perd dans l'antiquité, comme celle de la plupart des autres sources. On raconte cependant sur cette connaissance des historiettes qui ne sont basées sur aucun document authentique et que nous croyons inutile de reproduire, car elles paraissent forgées sur d'autres analogues où l'on fait intervenir des animaux malades et des hasards heureux pour montrer les bienfaits du liquide. Partout où une source thermale existe, elle attire naturellement l'attention des hommes. A l'égard de Bonnes cependant, on ne sait quand et comment la découverte en a été faite. Il n'est pas improbable que ces sources existent depuis l'origine de la chaîne des Pyrénées, et en tout cas, on peut affirmer qu'elles étaient connues du temps où ces régions formaient un royaume à part, indépendant de la France, le Béarn, ce qui remonte déjà à plusieurs siècles. C'est une question de savoir si les Romains, qui ont dominé toutes ces contrées, avaient connu Eaux-Bonnes, eux qui vénéraient les eaux minéro-thermales, qui érigeaient des monuments partout où ils en rencontraient, et qui ont laissé dans presque toutes les autres sources des Pyrénées des monuments de leur grandeur. Ce qu'il y a de certain cependant, c'est qu'on ne trouve à Bonnes rien qui témoigne d'un pareil séjour. Néanmoins, M. M..., auteur de l'*Itinéraire* aux Eaux-Bonnes, que nous avons déjà cité, soutient que ces sources avaient été fréquentées par les Romains, et que l'absence de restes matériels de cette fréquentation tient à l'esprit vandale et jaloux des anciens habitants de la vallée d'Ossau. L'auteur appuie cette opinion sur quelques documents archéologiques trouvés aux alentours de Bonnes. « Ces montagnes, dit T. Bordeu, étaient habitées par les descendants de ces Cantabres qui résistèrent au joug des Romains, peuples sobres et libres, circonscrits dans leurs vallées, peuples un peu sauvages qui affectaient de laisser dépérir dans leur voisinage les travaux faits par les Romains à quelques sources minérales; qui regardaient les grands chemins comme des signes de servitude, comme des préparatifs pour des conquêtes et des prétextes pour la tyrannie. » (Recherches sur les Eaux minérales les Pyrénées.) Quoi qu'il en soit, l'on s'accorde généralement à faire fréquenter ces thermes par les anciens souverains du Béarn, dont la résidence était à Pau, en particulier par Marguerite, sœur de François Ier, laquelle avait pour médecin Escuranids, grand amateur d'eaux minérales, au dire de Bordeu; par Gaston-Phébus qui vivait au quatorzième siècle; puis par Jean d'Albret qui, à son retour de la bataille de Pavie avec François Ier, fit conduire ses blessés à Bonnes où ils se sont bien trouvés de l'usage des eaux. De là le nom d'*Eaux-d'arquebusades* qu'on donnait depuis cette époque aux thermes de Bonnes. Leur action hyposthénisante les rend en effet utiles à la cicatrisation des plaies, à la séparation des escarrhes, à l'exfoliation des os ou tendons nécrosés, à l'expulsion des séquestres osseux ou d'autres corps étrangers, ainsi que nous le verrons. A cette époque les plaies

d'arquebusade que les Béarnais reçurent en Italie étaient tout à fait nouvelles pour ces peuples, et leur traitement véritable était encore problématique; aussi l'effet salutaire des eaux a-t-il dû paraître extrêmement précieux. Henri IV se plaisait, dit-on, dans sa jeunesse, aux Eaux-Bonnes. Louis XIV fut sur le point de s'y rendre par conseil de son médecin Fagon, après l'opération qu'il subit de la fistule à l'anus; des circonstances politiques cependant empêchèrent, dit-on, ce voyage du grand roi.

Nous voici au commencement du dix-huitième siècle. Jusque-là les thermes de Bonnes n'étaient que peu employées et à peine connues. D'une part, d'autres établissements pyrénéens, très riches en sources et déjà célèbres, attiraient vers eux toute l'attention des médecins et des malades : de l'autre, l'absence de bonnes routes, d'auberges confortables et d'observations cliniques bien faites, laissaient presque dans l'oubli les eaux de Bonnes. Un médecin plein de sagacité, Antoine Bordeu, puis Théophile Bordeu son fils, ont fait à cette époque de grandes études pratiques sur les Eaux-Bonnes et ils en ont relevé toute l'importance. Deux publications remarquables de ces deux médecins qui exerçaient sur les lieux ont de suite fondé la réputation des Eaux-Bonnes, et dès cette époque, une nouvelle ère commença pour ces sources. Le grand mérite des deux Bordeu, c'est d'avoir démontré cliniquement que les eaux en question qui jusque-là n'avaient été employées que contre les maladies externes, étaient d'un précieux secours, comme remède interne, dans une foule de maladies viscérales chroniques, à fond d'excitation. Antoine Bordeu commence par ces mots sa longue épître à Sénac, médecin du roi. « On ne se servait ordinairement des Eaux-Bonnes, dit-il, que pour les vieilles plaies et les ulcères de toutes les espèces ; on ne les employait que très rarement pour les maladies internes, et il y avait bien des préjugés dans la façon dont on s'en servait; personne n'avait travaillé à trouver un système fixe et à mettre chaque observation à sa place. Je résolus de ramasser des observations par moi-même et de tâcher de les comparer avec quelque fruit. Les maladies exernes me parurent d'abord mériter mon attention; j'étais persuadé et je le suis encore, que, comme on l'a souvent dit, les maladies du corps ne sont différentes que par leur position : une tumeur et un ulcère externes sont des maladies parfaitement ressemblantes à une tumeur et à un ulcère internes, quant aux indications générales qu'il faut remplir. » — A cet énoncé succèdent les détails de quarante-sept observations cliniques d'un véritable intérêt, concernant des maladies viscérales, dont nous parlerons avec détails dans le prochain numéro. « C'est à nous, dit Théophile Bordeu, que sont dûs l'usage intérieur des Eaux-Bonnes, leur application aux maladies de la poitrine et l'heureuse célébrité qu'elles ont acquise. » Dès cette époque, en effet, les sources de Bonnes sont devenues le rendez-vous d'une foule de malades, et les cures remarquables qu'elles ont produites chaque années ont accrédité de plus en plus leur efficacité et étendu progressivement leur réputation. Au commencement de ce siècle, une magnifique route en a rendu l'accès facile et agréable, et depuis quelques années surtout les thermes de Bonnes ont été mises, par les soins de l'administration municipale et l'habileté intelligente de M. Cazaux, au niveau des établissements les plus importants, les plus fréquentés d'Europe. Tel est l'historique succinct de l'ancien et du nouvel établissement thermal de Bonnes. Nous aurons probablement à revenir sur quelques-uns des points précédents que nous n'avons fait que toucher en passant.

Au point de vue physique, les Eaux-Bonnes avaient fourni à T. Bordeu les remarques suivantes qui n'ont pas vieilli de nos jours. « L'eau de toutes ces sources, qui sont apparemment des filets de la même, est, dit-il, assez égale : elle est claire et limpide, charriant pourtant certains flocons blanchâtres et pétillant dans le verre qui se remplit de petites bulles qui, après des mouvements, vont éclater à la surface. On la trouve onctueuse, grasse et très douce ; elle est tiède; elle sent les œufs cuits, et n'a pas une si mauvaise odeur que les couvés; au contraire, certaines gens sont flattés de l'odeur qu'elle répand et qui se fait sentir au loin ; tout le monde ne trouve pas son goût désagréable, et on s'y accoutume facilement ; il est doux, éguisé d'un petit montant légèrement vineux et sucré, qui désaltère et qui enlève cette pesanteur ou cette vappidité de l'eau commune, chaude au même degré. Les canaux et les pierres sur lesquels l'eau passe sont enduits de glaires qui sont à peu près comme des blancs d'œufs ; étant séchées, elles brûlent et sentent le soufre, que l'on sent aussi en approchant de la source, surtout par un temps couvert ; on trouve aussi quelque peu de sédiment jaunâtre dans les endroits où l'eau peut croûpir, ou sur les linges, ou les œufs qui y trempent longtemps ; elle paraît décrasser l'or ; elle noircit l'argent, commençant par lui donner une couleur brun-rouge qui vient par degré jusqu'à la noirceur, ou plutôt jusqu'à la couleur de plomb, qui dure, ce me semble, plus longtemps avec ces eaux qu'avec toutes les autres que je connais, et qui met plus de temps à s'imprimer. »

La température des cinq sources de Bonnes offre la gradation suivante sur l'échelle centigrade : 1° la source vieille qui alimente la buvette et plusieurs cabinets de bains, 31° 11. — 2° La source nouvelle, 30°, réservée pour être chauffée artificiellement au besoin. — 3° La source de la douche, 32° 78, qui alimente quatre ou cinq bains et une douche. Les deux autres sources sont froides ; l'une, qui est fortement sulfureuse et que M. le docteur Darralde emploie comme boisson contre certaines maladies, marque 12°, 12. T. Bordeu avait fait remarquer que ces eaux dissolvent parfaitement le savon et que « des animaux de différente espèce, grenouilles, poissons, vers, plongés vivants dans nos eaux, se durcissent dans toutes comme dans l'eau commune chaude, et

ils y meurent en s'allongeant plus ou moins. » Nous savons aujourd'hui, par des expériences directes, que les animaux à sang froid, comme les précédents, meurent apoplectiques dans l'eau chaude, et dans un temps d'autant plus court que la température du liquide est plus élevée. En conséquence, ce sont là des phénomènes thermo-dynamiques dans lesquels la minéralisation de l'eau reste tout à fait étrangère.

Il existe trois analyses chimiques sur les eaux de Bonnes. La première déjà ancienne est celle de Pommier. La seconde appartient à M. Longchamp. La troisième, la plus récente, est celle de M. O. Henri. Nous ne donnons que cette dernière, comme la plus vraisemblable. On sait au reste que l'exactitude de ces analyses n'est que relative à l'état actuel de la science.

Litre d'Eaux-Bonnes.

Gaz azote.		traces.
Gaz acide carbonique.	litre	0,0064
Gaz acide hydrosulfurique.		0,0055
Chlorure de sodium.	grains	0,3433
— de magnésium.		0,0044
— de potassium.		traces
Sulfate de chaux.		0,1180
— de magnésie		0,0084
Soufre.		traces
Silex et oxyde de fer.		0,0160
Matière organique contenant du soufre. . .		0,1965
		0,6054.

Il est évident que cette analyse ne répond aucunement aux effets énergiques que l'eau de Bonnes produit, soit chez l'homme sain, soit chez l'homme malade. L'auteur de l'Itinéraire ci-devant cité, écrivain capable, observateur judicieux et véridique, habite ordinairement Paris, et quoique d'une santé parfaite et non médecin, il a été plusieurs années de suite aux Eaux-Bonnes accompagner une personne malade, à lui très chère; il a fait sur lui-même l'épreuve suivante : « Je crus, dit-il, faire une prouesse en prenant tous les jours trois verres de la source. Je ne fus pas longtemps à m'apercevoir que je faisais une sottise. La nuit et au moment où les chaleurs de juillet étaient pour tous insupportables, je me sentis grelotter. En vain mon hôte faisait-il garnir mon lit de toutes les couvertures de laine de sa maison que la température le forçait à reléguer dans ses armoires, je gelais. J'allais, je crois, tourner en glaçon, quand, rencontrant le docteur dans la rue, je lui expliquai les symptômes que j'éprouvais. Il me dit qu'il avait déjà vu plusieurs exemples de cet effet des eaux, prises sans motifs, sans raison, sur des organisations vigoureuses et nerveuses. il me conseilla d'en rester là de mon sot traitement, ce que je me hâtai de faire. Huit jours après, j'avais réformé successivement mes cinq ou six couvertures d'emprunt, et je m'en tenais au simple drap de mon lit, qui me semblait même encore un peu trop chaud. » — Ces observations, qui sont d'ailleurs analogues à celles qu'on a faites à d'autres sources, prouvent, pour nous, une énergie hyposthénisante très grande, énergie qui n'est guère en rapport avec les données de l'analyse précédente, laquelle n'accuse que des proportions minimes d'éléments chimiques. En effet, vous aurez beau prendre les mêmes éléments dans les mêmes proportions, préparés à la pharmacie, vous n'éprouverez presque rien. Nous avons tout lieu de présumer dans l'eau de Bonnes l'existence de l'iode et du brome, comme à celles de Louëch dont nous avons parlé dans le dernier numéro. Nous reviendrons sur ces faits. Disons, en attendant, qu'ayant il y a peu de jours appliqué comme simple lotion l'eau de Bonnes qu'on vend à Paris, dans un cas de kérato-iritis arrivée à la période de résolution, son action a été extrêmement irritante, même affaiblie de moitié d'eau simple. Or, d'après l'analyse chimique, elle semblerait très faible, ce qui n'est pas. Il serait donc temps que l'analyse des eaux de Bonnes fût recommencée plus soigneusement à la source même, d'après les nouvelles données de la science.

§ III. *Action dynamique*, *Applications cliniques* (au prochain numéro).

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

Eaux de Vernet. Sources d'hiver.—M. Lallemand a écrit dernièrement, de l'établissement des eaux de Vernet, où il se trouve avec un prince égyptien, une singulière lettre hydrologique à l'Académie des sciences. Il veut rendre les thermes de Vernet praticables en hiver comme en été, pour les malades. Pour cela, M. Lallemand s'élance dans une sorte de ballon aérostatique, fend les airs et touche le ciel du bout du doigt, au milieu de chants emphatiques dont la frivolité étonne peut être plus que les vieilleries qu'il reproduit comme des choses nouvelles. Nous donnons intégralement la lettre de M. Lallemand ; nos lecteurs l'apprécieront. Disons seulement que l'usage des eaux thermales en hiver est déjà vieux. Dans vingt endroits de ce journal, l'on trouvera des observations sur ce sujet : dans notre numéro de mai 1845, p. 44, l'on pourra lire encore un article spécial sur les sources thermales de Bath, en Angleterre, dont la saison d'hiver commence en novembre et finit en avril. On trouve également en Allemagne des établissements pareils. Vernet est placé vers l'extrémité orientale de la chaîne des Pyrénées, près d'Arles, à l'opposite de Bonnes, qui est à l'autre extrémité de la chaîne. Vernet se trouve dans un climat méridional, à peu de distance de la Méditerranée, heureusement partagé, par conséquent, dans le but qu'on se propose. Il existe, dans un département limitrophe de celui des Pyrénées-Orientales, des sources beaucoup plus thermales que celles de Vernet, et qu'on emploie depuis longtemps au chauffage de l'établissement en hiver : nous voulons parler des sources d'Ax (Arriége). Il n'y a donc rien de neuf dans la lettre de M. Lallemand. Quant à l'action directe de la vapeur dans les bronches, que M. Lallemand croit pouvoir introduire, c'est là une affaire sérieuse dont il ne semble pas avoir bien saisi les inconvénients. M. Lallemand se trompe assurément, au reste, quand il croit avoir guéri des phthisies tuberculeuses. Les tubercules constituent une affection mécanique inguérissable; ce qu'on peut soulager, c'est l'irritation qu'ils occasionnent. Nous ne savons si M. Lallemand est propriétaire des eaux de Vernet,

ainsi que quelques personnes le prétendent; en ce cas, l'on s'expliquerait les illusions contenues dans sa lettre.

Lettre de M. Lallemand. — « J'ai voulu déposséder l'Italie du monopole de son beau ciel, en prouvant que celui du Roussillon le vaut bien, et j'ai ajouté à cette action du climat, si puissante contre les affections chroniques de toute espèce, l'influence encore plus grande des eaux thermales, qu'on ne peut administrer nulle part en hiver, pas même dans les localités les plus favorisées du ciel; on n'y a pas même pensé, parce qu'on n'a pas cru la chose possible. Cependant, s'il est une saison dans laquelle il soit plus utile de lutter contre ces affections, c'est surtout en hiver, parce que c'est dans cette saison qu'elles sévissent le plus cruellement, et que les recherches sont plus faciles, plus fréquentes. Il importe donc de guérir ces maladies en hiver; non seulement pour ne pas faire perdre un temps précieux, mais encore parce que le printemps est la saison la plus favorable à la convalescence, et que les malades ont ensuite tout l'été devant eux pour compléter leur rétablissement chez eux, au milieu de leur famille, de leurs amis; tandis que, quand ils sont aux eaux en été, suivant l'usage antique et solennel, ils ne peuvent entrer en convalescence qu'en automne, et retombent nécessairement, en hiver, sous l'empire des causes qui ont amené le développement de la première maladie. Il faut donc faire précisément le contraire de ce qu'on a toujours fait jusqu'à présent; il faut s'efforcer de guérir ces affections chroniques dans la saison qui leur est le plus contraire, afin que la convalescence coïncide avec les conditions les plus propres à consolider la cure et à prévenir les rechutes, toujours à redouter par des temps rigoureux.

« Mais, pour que les eaux thermales puissent être administrées avec avantage en hiver, il faut qu'elles réunissent bien des conditions indispensables, dont la plupart ne dépendent pas de la volonté, et ne peuvent être acquises par aucun sacrifice pécuniaire, ou remplacées par aucun effort de l'intelligence. Il faut que tout l'établissement puisse être entretenu à une température d'environ 20° cent., constante la nuit comme le jour, et uniforme presque dans les dépendances les plus accessoires, afin de rendre impossible tout refroidissement après les bains, les douches, les étuves, etc. C'est ce qu'on ne peut obtenir à l'aide des cheminées, des poêles, etc., qui d'ailleurs nécessitent des courants d'air dans les appartements pour entretenir la combustion, et qui ne peuvent être maintenus au même degré d'activité la nuit comme le jour. Les poêles ont sur les cheminées l'avantage de chauffer davantage et d'une manière plus uniforme, mais dessèchent la poitrine (!!), inconvénient incompatible avec les affections des organes respiratoires. D'ailleurs les poêles, les cheminées ne peuvent chauffer les corridors, les escaliers, etc.; enfin tous les lieux dans lesquels les malades ont besoin de circuler librement. Le système appliqué à quelques établissements publics est très dispendieux. Il faut donc que ce soient les eaux thermales qui passent dans les conduits pour que la température soit égale partout, constante nuit et jour, et ne coûte que les frais de premier établissement; mais pour cela il faut que la source ait au moins 60 degrés dans tout son parcours, et qu'elle soit très abondante pour ne pas s'épuiser, etc. Ce n'est pas tout encore; les malades ne peuvent rester sans inconvénients confinés constamment dans un établissement, quelque vaste qu'il soit. Ils ont besoin de respirer de temps en temps l'air du dehors, de s'exposer aux rayons bienfaisants du soleil. Il faut donc qu'un établissement thermal *pour l'hiver* soit situé dans un climat qui permette plusieurs heures d'exercice par jour dans la saison la plus rigoureuse. C'est parce que j'ai trouvé toutes ces conditions réunies à Vernet que j'ai poussé les propriétaires à les mettre à profit en leur indiquant les moyens d'en tirer le meilleur parti possible. Si tout ce qui précède est applicable en général à toutes les affections chroniques, c'est surtout à celles qui ont leur siége dans les organes de la respiration. Mais ici se présente une circonstance tout à fait spéciale et de la plus haute importance.

« Tout le monde sait que les eaux hydro-sulfureuses sont d'un puissant secours contre toutes les affections anciennes des poumons. On connaît en particulier, la réputation des *eaux Bonnes* contre tous les cas de cette nature. Mais comment les emploie-t-on en général? En bains, surtout en boissons. Les *eaux Bonnes* ne s'administrent même que sous cette forme, à cause de leur basse température. Si les eaux sulfureuses sont si utiles contre les affections pulmonaires chroniques, appliquées seulement à la peau ou introduites dans les organes digestifs, de quelle efficacité ne doivent-elles pas jouir lorsqu'elles sont mises en contact immédiat avec les tissus mêmes qui sont malades? lorsqu'elles pénètrent, en un mot, dans les dernières ramifications des vésicules aériennes? Tous les praticiens ont senti l'importance de cette action directe, immédiate, et plusieurs ont imaginé divers moyens de respirer aux malades l'air chargé de principes médicamenteux. Ces essais n'ont pas été suivis de succès. Pour obvier à un inconvénient capital, j'ai imaginé de faire revivre en quelque sorte ces malades dans l'atmosphère même des eaux sulfureuses, en leur réservant un immense local dans lequel la vapeur, arrivant par en bas et s'échappant par le haut, entretient la température de ce courant continu, à 18 ou 20° centigrades environ : température qu'on peut, au reste, faire varier à volonté, ainsi que la quantité de vapeur en circulation. Dans le principe, on n'y reste qu'une heure ou deux, matin et soir; mais on s'y habitue bientôt de manière à y rester douze heures par jour, sans la moindre incommodité, en s'y livrant aux mêmes occupations que dans son cabinet. En ce moment, il y a dans l'établissement plusieurs phthisiques qui sont guéris depuis deux ou trois ans, et qui y reviennent passer les plus mauvais jours de l'hiver, dans la crainte de quelque rechute. Plusieurs ont

même quitté Pise ou Naples pour revenir se plonger dans les vapeurs qui leur avaient été si salutaires, et que le plus beau climat ne peut remplacer. Notez bien que je parle ici de phthisies tuberculeuses parfaitement constatées par l'auscultation, de phthisies accompagnées de sueurs nocturnes, de diarrhées colliquatives, enfin de tous les symptômes qui accompagnent la dernière période de cette cruelle maladie, dont le nom seul paraît un arrêt de mort.

« C'est donc une révolution à introduire dans la thérapeutique de ces affections, non seulement quant à l'époque de l'administration des eaux sulfureuses, mais encore quant au mode de l'emploi, puisqu'il s'agit de les faire pénétrer jusqu'aux tissus altérés, comme on applique un topique sur un mal extérieur, et cela pendant de journées entières. »

Hydrologie générale. — « Jamais l'ordre des médecins ne fut si nombreux, si instruit, si vigilant. Nos professeurs enseignent avec autant de zèle que de connaissances ; nos écoles sont ouvertes à tout le monde, comme elles l'étaient il y a dix siècles. Il y manque (pour nous renfermer dans l'objet qui nous occupe aujourd'hui) l'enseignement public des vertus des eaux, et de la manière de les employer en général et en particulier. On a besoin d'un système complet sur les eaux du royaume, eu égard au climat où elles se trouvent, aux minéraux qu'elles contiennent, à leur chaleur à leur abondance, à leurs commodité ou incommodités pour leur administration ; enfin, elles doivent être comparées avec celles des pays étrangers. Ce système, nous ne pouvons que le concevoir et l'énoncer comme possible. » (Théophile Bordeu, Recherches sur les eaux minérales des Pyrénées). Cette lacune, signalée par le célèbre praticien, il y a déjà longtemps, existe encore de nos jours, et il n'est pas, en ce moment, un seul homme dans les Facultés, à l'Académie ni dans les hôpitaux, en état de la remplir convenablement ; si négligée, si superficielle, est aujourd'hui l'étude des eaux minérales. On s'imagine avoir tout appris dès qu'on a parcouru le vieux livre d'Alibert, ou feuilleté le volume ou le manuel de M. tel ou tel ; on croit aussi savoir l'hydrologie médicale en s'enquérant de quelques notions chimiques. Tout ce qu'on trouve d'imprimé sur ce vaste sujet ne peut servir que de simple renseignement, et l'on ne rencontre, nulle part encore, un traité philosophique et clinique sur l'hydrologie minérale du globe. Cette importante lacune sera, nous l'espérons, remplie par les Annales de thérapeutique.

Thermalisation. — « Il y a des qualités communes à toutes les eaux chaudes minérales ; elles sont toutes un peu plus chaudes, plus actives le matin que le soir ; la nuit que le jour ; l'hiver que l'été, et cela est naturel : moins la terre transpire, plus les pores sont serrés par le froid, plus aussi les esprits des eaux se concentrent avec la chaleur.» (T. Bordeu). Si le fait ci-dessus était exact, l'explication de Bordeu serait acceptable, car elle se rapporterait au calorique rayonnant. Nous ne sachons pas, cependant, qu'on ait fait, de nos jours, des observations thermométriques de ce genre à diverses heures de la journée et de la nuit, et d'une manière précise. La chose avancée par Bordeu n'est pas impossible et serait extrêmement curieuse et utile à constater.

Eaux de Barèges. — T. Bordeu avait remarqué qu'en mêlant du lait avec des eaux de Barèges, il se décomposait comme par l'action d'un corps acide, le caséum et la matière grasse tombant au fond, et le sérum ou petit lait restant mêlé avec l'eau sans en altérer la transparence. Cette observation a servi depuis comme procédé simple de couper les eaux de Barèges avec le petit-lait. Toutes les sources des Pyrénées ne présentent pas la même action décomposante sur le lait. Des sources d'autres régions, cependant, doivent probablement offrir le même phénomène que Barèges; il serait intéressant de s'en assurer expérimentalement.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

Des fièvres d'après l'École italienne (8e art.).

Leçons de M. Chomel. Réfutation.

La fièvre intermittente vient de fournir à M. Chomel l'occasion de plusieurs leçons substantielles à sa clinique, à propos d'un malade venu d'Afrique, atteint de cette maladie et couché dans une des salles de l'Hôtel-Dieu. M. Chomel s'est livré à diverses considérations que nous devons reproduire et apprécier au point de vue des principes et des faits que nous avons exposés dans cette série d'articles. Nous nous voyons forcé de réfuter les opinions et la pratique adoptées par le professeur de l'Hôtel-Dieu ; nous le ferons avec tous les égards dus au clinicien consommé, ne nous attachant qu'à la critique utile à la science et à l'art. Exposons d'abord le fait en question.

Un homme, âgée de 30 ans environ, terrassier, de bonne constitution, robuste, n'ayant jamais souffert de fièvre intermittente, était allé en Afrique chercher de l'occupation, et y a été engagé dans des travaux de percement de routes, avec d'autres ouvriers au nombre de 5 ou 600. L'endroit de ce travail était malsain, entouré d'eaux stagnantes. En peu de temps, tous ces ouvriers, à l'exception de 30 ou 40, ont été successivement frappés de fièvre intermittente tierce ; ils ont dû bientôt quitter le travail et se faire recevoir dans divers hôpitaux d'Algérie. Cela se passait vers le mois de mai dernier, c'est-à-dire il y a huit mois passés aujourd'hui. Traité longtemps dans les hôpitaux d'Afrique, notre malade a pris beaucoup de sulfate de quinine: son état s'est amélioré, mais enfin il en est sorti sans être complétement guéri, et s'est dirigé en France. Ici la fièvre a reparu avec ses caractères primitifs, et c'est ce qui l'a fait venir à l'Hotel-Dieu. A l'examen, on trouve une constitution vigoureuse, avec un embonpoint moyen, teint terreux et pâle du derme, souffle chlorotique dans les gros vaisseaux du cou, rate très volumineuse, s'étendant au dessous des côtes jusque dans la fosse iliaque gauche, et en dedans jusqu'à toute la ligne médiane de l'abdomen. Le reste de l'organisme est sain. La fièvre revient par paroxismes réguliers tous les deux jours, vers le soir. Quelquefois cependant, dans le jour d'intervalle, il survient également un petit accès. M. Chomel a vu chez ce sujet deux maladies distinctes : une chlorose et une fièvre tierce. Par conséquent, il a trouvé une double indication à remplir, et il a formulé ainsi sa prescription : —Un gramme de sulfate de quinine en poudre, à prendre en une seule fois le jour d'apyrexie seulement, au moment du dîner. Un repas copieux, substantiel et avec du vin, par dessus le quinine, afin que celui-ci se mêlât aux aliments. Du fer précipité par l'hydrogène, 25 centigrammes (5 grains), à répéter deux fois par jour, avant chaque repas. Alimentation abondante et nutritive. Pas de médicaments le jour du retour de la fièvre.—Cette méthode est suivie depuis plusieurs jours, mais la fièvre revient à son ordinaire, n'ayant rien perdu de sa force ni de sa durée. Cependant la rate a diminué de volume, elle ne descend aujourd'hui que jusqu'au niveau de l'ombilic. On peut la palper, la pressurer avec les doigts sans produire de douleur. M. Chomel a répété la même prescription, en élevant le sulfate de quinine à 150 centig. (30 grains), à donner toujours en une fois avant un repas copieux. Fer métallique et nourriture abondante avec du vin *ut supra*. C'est là que nous laissons

ce malade aujourd'hui 7 février. Nous compléterons cette observation par les détails ultérieurs. — *P. S.* La continuation du sulfate de quinine a fini par couper la fièvre, ainsi que cela était arrivé dans les six hôpitaux où le malade avait séjourné avant d'arriver à Paris ; mais il est loin d'être radicalement guéri. Sa rate est encore fort engorgée, son abdomen généralement très gros, empâté, chaud ; son teint est jaunâtre et terreux. Ce malade va sortir ; il y a tout lieu de présumer que les accès reparaîtront.

— *Critique de la pratique précédente.* Bien des médecins trouveront parfaitement saisies les indications dans ce cas, et l'on caractérisera sans doute d'ingénieuse la manière adoptée par M. Chomel pour les remplir. Donner le sulfate de quinine à l'état solide ; le mêler avec les aliments pour empêcher d'incendier l'estomac par son contact ; en faciliter l'absorption avec le chyme ; y ajouter beaucoup d'aliments et de vin pour combattre la chlorose ou la maladie du sang ; et enfin introduire dans l'économie du fer pur qui colore le sang en se combinant aux globules de ce liquide, c'est agir avec une prévoyance admirable, puisque tout est mathématique, dira-t-on, dans cette conduite. Nous nous permettrons cependant de soumettre à la sagacité de M. Chomel les remarques suivantes. D'abord, il est prouvé, par des expériences incontestables, qu'à l'état solide, le sulfate de quinine est moins actif qu'en solution aqueuse, la différence d'action étant : : 1 : 3. Un gramme en poudre, par conséquent, ne représente, quant au degré d'énergie, qu'une dose de 30 centigr. (6 grains) en solution délayée. Ensuite, il est également établi, par des faits certains, que, mêlé aux aliments, le médicament se perd en grande partie, surtout quand il est donné à l'état solide, sa substance étant enveloppée et passant sans être absorbée dans les résidus de la digestion. C'est donc là un mauvais principe clinique, surtout quand on a affaire à un remède coûteux et à une fièvre grave dont il importe d'enrayer promptement les paroxismes. Ajoutons que la prescription de beaucoup d'aliments et du vin avec le sulfate de quinine constitue une sorte de contre-sens clinique ; car, outre que les moyens stimulants, surtout les alcooliques, paralysent l'action dynamique du médicament en raison proportionnelle de leur quantité respective, c'est fournir à la maladie des éléments qui exaspèrent sa condition pathologique. Nous avons prouvé, en effet, l'autopsie à la main, que cette condition est sub-phlogistique, et qu'elle a pour siége fondamental précisément les parties où les aliments stimulants et le vin font le plus sentir leur action, les gros vaisseaux et les parois du cœur droit où ils aboutissent. L'on comprend par là pourquoi des doses aussi fortes de sulfate de quinine sont jusqu'à présent restées sans effet bien notable à l'Hôtel-Dieu, la fièvre ayant continué à marcher comme si on n'avait rien fait. Disons, en outre, que c'est encore, à nos yeux, un principe clinique de mauvais choix, de n'administrer tout le sulfate de quinine qu'en une seule dose, et le jour seulement de l'intermittence. Il est évident que l'absorption, l'assimilation du médicament se fait mieux, avec moins de perte, plus de tolérance et de profit, quand on le donne par petites doses répétées, à des distances convenables. L'action dynamique est par là plus soutenue, plus durable, plus efficace. Pourquoi le jour de l'apyrexie, précisément à l'époque où l'on a le plus besoin de l'action du remède, s'abstient-on d'en administrer ? Nous verrons plus loin que cette pratique est mauvaise, que la théorie qui la dirige est erronée, et qu'elle entraîne des inconvénients très graves. C'est la conséquence des fausses idées qu'on professe sur la nature véritable de la condition pathologique de la fièvre et sur l'action du sulfate de quinine.

Quant à la chlorose coexistant avec la fièvre intermittente, c'est là une complication presque constante lorsque la fièvre a déjà duré depuis quelque temps. C'est une conséquence de la propagation de la phlébo-cardite aux artères voisines. Il y a alors artérite lente, laquelle donne lieu aux phénomènes que nous avons si souvent décrits sous le nom de chlorose, et que les médecins humoristes du jour prennent pour une maladie du sang. Cette prétendue maladie du sang s'exaspère par les aliments excitants et par le vin. Le sulfate de quinine combat lui-même une pareille complication, et s'il est bon d'adjoindre les ferrugineux, c'est à titre d'hyposthénisants vasculaires, et comme propres à favoriser l'action de la quinine, ainsi que nous l'avons déjà établi dans les articles précédents. Or, dans cette pratique qui est commune en Italie, ce n'est pas le fer métallique qui convient, cette préparation étant de toutes la moins active, mais bien une préparation soluble, comme le sulfate ou le lactate de fer. L'on voit déjà par les seuls détails du fait précédent que les principes que nous avons établis dans les sept articles précédents diffèrent essentiellement de ceux qui dirigent l'habile clinicien de l'Hôtel-Dieu, et que cette différence conduit à des applications thérapeutiques tout à fait dissemblables : c'est là une raison suffisante pour nous, pour reproduire exactement les opinions soutenues par M. Chomel ; nos lecteurs verront si la science et l'art n'auront pas à gagner de l'espèce de choc qui résulte de la présence des principes opposés que nous mettons en évidence.

— Reprenons à présent l'exposé des idées fondamentales des leçons spéciales de M. Chomel. — La fièvre intermittente est, dit-il, une maladie du genre de celles qu'il a appelées *disséminées*, c'est-à-dire dont le principe morbide se trouve sur tous les points de l'économie, et ne peut se localiser dans aucun organe exclusivement. De ce nombre sont aussi la syphilis, la variole, l'urticaire, la rage, etc. Elle est disséminée, et en même temps spécifique comme ces dernières, savoir, produite par une cause spécifique, unique, toujours la même, s'accompagnant de phénomènes invariables dans leur essence, et ne cédant qu'à l'action d'un remède également spécifique. Ce remède, l'art

le possède heureusement, et cette maladie devient par cela même le triomphe de la médecine. Aucune autre affection, en effet, n'est enlevée aussi sûrement, aussi constamment par la ressource spécifique dont nous disposons. On peut cependant comparer la syphilis avec elle, puisque là encore l'art possède un remède spécifique. On peut déduire, continue M. Chomel, la spécificité d'une maladie, de ce qu'elle se laisse guérir constamment par un remède unique ; et *vice versa*, être autorisé à chercher un remède spécifique, dès que la nature de l'affection est reconnue spécifique. C'est ce que certaines sociétés savantes n'avaient pas compris lorsqu'elles avaient proposé des prix pour la découverte d'un remède spécifique contre des maladies dont la nature n'avait rien de tel, comme l'épilepsie, par exemple. On n'avait pas réfléchi que, par cela même qu'elle avait été guérie par des moyens divers, l'épilepsie ne pouvait être une maladie spécifique, et ne comportait pas, par conséquent, la découverte d'un remède de ce nom. Il en est autrement de la rage, dont on connaît la source spécifique, et contre laquelle on peut espérer la rencontre d'un médicament de ce caractère. L'on comprend par là pourquoi nous considérons la fièvre intermittente légitime au point de vue de la spécificité, puisque nous connaissons à la fois et sa cause unique et son remède sans pareil. La spécificité nous est donc ici dévoilée par la double source étiologique et thérapeutique. C'est déjà dire que cette maladie ne ressemble à aucune autre, et pourtant elle peut être comparée à une multitude d'affections qui s'en rapprochent par leur nature spécifique ou par la forme intermittente de leurs symptômes. Cette dernière remarque nous conduit à distinguer les fièvres intermittentes en essentielles et symptomatiques. Les premières ne se lient à aucune autre maladie, dépendent d'une cause spécificique, et ne guérissent bien que sous l'influence d'un remède unique. Leur type est ordinairement tierce, et elles laissent l'organisme à l'état de santé pendant l'intermittence. L'on voit par là que par fièvre essentielle, nous n'entendons pas l'existence d'un être isolé, emboîté dans l'organisme humain, ainsi que l'ont imaginé à tort ceux qui se sont déchaînés contre l'admission des fièvres de ce nom ; aucun médecin assurément n'avait entendu pareille chose par le mot fièvre essentielle, et les adversaires de cette doctrine se sont, comme on le voit, débattus dans le vide. Pour nous, une fièvre est de ce genre dès qu'elle ne dépend pas d'une autre maladie : telle est la fièvre intermittente légitime. — Les secondes se rattachent ordinairement à une maladie suppurante ou autre, et n'ont que la forme d'intermittente, leur nature en différant du tout au tout : telles sont les fièvres qui dépendent d'une caverne pulmonaire, d'un abcès par congestion, d'une maladie de la vessie ou de l'urètre, d'un abcès urineux, etc. Leur forme seule est intermittente ; mais elles ne présentent ni le type, ni la marche, ni la même susceptibilité de céder à l'action du spécifique. Il importe, par conséquent, de bien fixer cette distinction fondamentale dans la pratique ; car c'est en vain qu'on chercherait à guérir directement ces dernières, leur disparition se rattachant à celle de la maladie dont elles émanent, ce qui n'est pas toujours possible. Laissons donc de côté pour le moment les fièvres intermittentes symptomatiques pour ne nous occuper que des intermittentes essentielles, dont nous avons en ce moment un exemple remarquable dans nos salles.

Les conditions de leur production sont parfaitement connues. Partout où se trouvent réunies les conditions de la génèse de la cause spécifique, les fièvres intermittentes s'engendrent, et cela a lieu endémiquement, tantôt épidémiquement, tantôt sporadiquement, et préférablement sur les sujets faibles, ou maladifs. Ces conditions, nous sommes obligés de sortir du bassin de Paris pour les rencontrer. Elles consistent dans la présence d'eaux stagnantes, non encaissées, non limitées, et s'étendant sur des bords en talus et illimités, formant ainsi un terrain vaseux, putrescible, capable d'exhaler, sous l'influence d'une certaine température, surtout après les grandes chaleurs de l'été, des vapeurs impures, des principes morbifères, dont la composition véritable nous est inconnue, mais dont les effets sont constants et parfaitement étudiés aujourd'hui. Ces conditions se rencontrent dans une foule de localités en France, et là les fièvres règnent généralement ; elles déploient dans leur invasion une puissance proportionnée à l'intensité de la cause que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire que ce sont les habitants les plus voisins de ces lieux qui en sont les premiers, le plus généralement et le plus gravement atteints. A mesure qu'on s'éloigne de cette influence, la puissance morbifique diminue, si ce n'est dans les lieux que les vents balayent après avoir passé par les localités paludéennes. Le principe spécifique en effet est transporté ainsi à des distances plus ou moins grandes, et la fièvre peut se déclarer dans des lieux lointains, mais son intensité est toujours moindre que lorsqu'on en est atteint dans le foyer même d'émanation. On a observé que la maladie était plus facilement contractée la nuit que le jour, plus facilement quand on est en voiture qu'à pied, plus facilement encore pendant le sommeil que pendant la veille. Nous mentionnons ces faits, parce qu'ils sont le résultat de l'observation, sans prétendre de les expliquer, la nature de la cause spécifique nous étant inconnue.

A Paris, disions-nous, nous ne voyons pas les fièvres intermittentes essentielles se produire primitivement, les cas que nous traitons se rapportant à des sujets venus de province, déjà malades, ou important avec eux le germe de la maladie contracté ailleurs ; ou bien, qui, étant déjà guéris, récidivent sous l'influence du froid humide, d'un écart de régime ou d'une autre espèce. Il en était autrement autrefois, lorsque la civilisation n'avait pas encore réalisé les

mesures d'assainissement dont jouissent de nos jours la ville de Paris et ses alentours les plus voisins. Je me rappelle, continue M. Chomel, que quand la Bièvre, petite rivière qui serpente à l'est de Paris, n'était pas encore encaissée par des digues convenables, elle débordait souvent et occasionnait des épidémies de fièvres intermittentes; assez souvent même sa fâcheuse influence s'est étendue sur les habitants de l'hospice de la Salpêtrière. Le même phénomène a été observé lorsque le canal de l'Ourcq a été percé. Ce canal qui, comme vous savez, traverse dans une grande étendue le côté nord de Paris, n'était pas d'abord endigué, à bords perpendiculaires et infranchissables par les eaux; la navigation commerciale à laquelle il est destiné occasionnait souvent des débordements partiels, et ses alentours se trouvaient ainsi dans les conditions marécageuses que nous venons de décrire. Tout cela a disparu par les nouveaux travaux, et par là aussi les fièvres. On a vu cependant de nos jours des fièvres intermittentes se produire dans nos murs par le remuement de grandes masses de terrain humide, à l'occasion des fortifications et des travaux d'installation des chemins de fer; mais leur durée n'a été que passagère.

Les formes de la maladie ont été étudiées minutieusement par M. Chomel. Il s'est arrêté surtout avec une sorte de prédilection aux fièvres dites larvées. Cette expression lui paraît fort ingénieuse, et il se plaît à en faire honneur aux anciens. Il y a en effet quelque chose de remarquable dans une pareille caractérisation de formes d'une maladie qui ne s'accompagnent pas de fièvre : c'est une névrose, une céphalalgie, une faiblesse paralytique temporaire, un vomissement, une diarrhée, une ophthalmie, une pleurodynie, ou toute autre affection isolée qui constitue la maladie apparente; elle se montre, disparaît, puis elle revient périodiquement avec un type quotidien, tierce, quarte, etc., précisément comme les fièvres intermittentes, et elle se guérit comme ces dernières. Ce qu'il y a de plus remarquable et d'important à relever dans ces cas, c'est que les sujets atteints de fièvre larvée offrent souvent le même teint jaunâtre et terreux, avec engorgement de la rate, que ceux frappés de fièvre patente et normale. A quoi tient cette manifestation singulière de la maladie spécifique? Il serait difficile, sinon impossible, de répondre péremptoirement à cette question. On peut en dire autant de la fièvre dite *partielle*, savoir, dont le frisson, la chaleur et la sueur se manifestent périodiquement dans une partie du corps seulement, dans un bras, dans une jambe, dans un seul côté de l'organisme, etc.; ces cas sont très rares, mais il ne faudrait pas les confondre avec la forme larvée. M. Chomel ne pense pas que les fièvres à type bi-quotidien appartiennent à la classe de celles qu'il a appelées essentielles : ce sont, selon lui, les symptomatiques seules qui affectent cette forme, et il importe beaucoup d'en faire la distinction dans la pratique. Au reste, il distingue dans les essentielles, deux groupes fondamentaux : les fièvres intermittentes normales, ou à stades normaux, et les anormales. Les secondes comprennent les fièvres dont les stades sont irréguliers, incomplets, se confondent entre eux ou manquent plus ou moins : de là des dénominations scolastiques diverses qu'on trouve dans les auteurs, et que nous nous abstenons de reproduire. Dans cette catégorie, M. Chomel a classé naturellement les rémittentes des régions marécageuses; mais il n'a fait qu'effleurer à peine cet important sujet. Il a dit seulement que, pour s'assurer qu'on n'a pas affaire à une continue proprement dite, il importe, dans les cas douteux, d'administrer le remède qu'il nomme spécifique, le quinquina ou la quinine; si le mal diminue, on a affaire à une intermittente dont les accès sont rapprochés et se confondent, ce qui leur donne l'apparence d'une continue rémittente.

Dans toutes ces formes symptomatologiques, M. Chomel distingue essentiellement la maladie primitive qu'il place dans la présence du miasme ou de la cause spécifique dans l'économie; de ses effets secondaires, tels que la couleur jaunâtre de la peau, le développement anormal de la rate ou du foie, l'œdème des membres inférieurs, la diarrhée, etc. C'est à tort, dit-il, que plusieurs médecins modernes confondent tout dans ces études, qu'ils regardent la fièvre intermittente comme l'effet d'une splénite; qu'ils placent au même niveau la fièvre que nous venons de nommer symptomatique, etc. La maladie fondamentale, répète, M. Chomel, est tout entière dans le principe délétère, comme la variole est dans le virus varioliqué, la syphilis dans le virus syphilitique. Qu'importe que consécutivement ces dernières maladies déterminent çà et là des phlogoses partielles, des pustules inflammatoires, etc.; ces phénomènes ne sont pas ceux qui doivent attirer l'attention du praticien, la maladie essentielle tout entière étant dans le virus lui-même qu'il faut détruire par des remèdes spécifiques. Telle est donc la fièvre intermittente légitime aux yeux de M. Chomel; elle peut être, dit-il, comparée à presque toutes les maladies par la forme, puisqu'elle s'en rapproche par divers symptômes; mais elle en diffère au fond *essentiellement* par sa cause unique, spécifique.

Les intermittentes pernicieuses ont été examinées par M. Chomel avec un grand soin. Il en reconnaît quinze ou seize variétés qu'il classe en quatre groupes. Toutes cependant se ressemblent au fond par des phénomènes communs qui les caractérisent, et ce sont ces phénomènes surtout qui méritent l'attention du praticien, car ils forment la base du diagnostic. Ces phénomènes consistent dans une prostration, une faiblesse excessive, s'énonçant par la petitesse extrême du pouls, de la pâleur, la rétraction des traits de la physionomie, la raucité sépulcrale de la voix, des syncopes ou des évanouissements répétés. C'est là le fond commun, le caractère essentiel des pernicieuses, quelle que soit leur forme spéciale, d'ailleurs. Cette forme peut, par elle-même, en imposer, donner le change

dans quelques cas et égarer le diagnostic, mais si l'on tient compte de la condition fondamentale précédente l'on ne pourra se tromper, et l'on ne confondra pas une pernicieuse avec toute autre maladie qui pourrait lui ressembler par les autres phénomènes. Une autre circonstance générale dont il est bon aussi de tenir compte, c'est, dit M. Chomel, que les pernicieuses ne sont pas ordinairement quotidiennes; leur type habituel est le tierce; dans quelques cas il est double tierce. Dans cette dernière occurrence, bien des praticiens s'en laissent imposer, faute d'une grande expérience; ils prennent le second accès qui est ordinairement le plus faible pour un état d'amélioration, ils restent dans une tranquillité fâcheuse; en attendant, deux jours après un nouvel accès foudroyant enlève le patient. Quant aux quatre groupes des formes des pernicieuses admises par M. Chomel, ils se trouvent indiqués dans plusieurs ouvrages. Il les a caractérisés de la manière suivante. Dans l'un, la fièvre s'accompagne d'une douleur, d'intensité variable, dans une partie du corps; comme à la tête, à la poitrine, au ventre, simulant une inflammation des séreuses de ces régions; de là, des dénominations diverses (céphalalgique, pleurétique, péritonéale, cardialgique, etc.). Dans l'autre, la fièvre s'accompagne d'évacuations humorales de différentes cavités; de là, les formes dyssentérique, colérique, émétique, diaphorétique, hémorrhagique, etc. Dans le troisième groupe, la douleur et les évacuations coexistent à la fois. Ici se rattachent la fièvre algide, la syncopale, etc. Dans le quatrième, enfin, sont les fièvres accompagnées de phénomènes encéphaliques. Celles-ci sont les plus fréquentes; la forme comateuse surtout est des plus redoutables. Il est facile de prévoir déjà par ce simple coup d'œil que le nombre des variétés des pernicieuses s'élève au delà du chiffre 16 fixé par M. Chomel; mais cela importe peu, l'essentiel étant d'en bien saisir la condition fondamentale, commune à toutes ces fièvres, et qui éclaire de suite le diagnostic.

Réfutation. — On voit bien, par ce qui précède, que M. Chomel fait de la fièvre paludéenne une sorte de crocodile, d'hydre, de serpent aquatique ou de vampire vénéneux, sortant de la fange comme le premier des hommes; et du sulfate de quinine une sorte de massue herculéenne, de bois bénit, de crosse évangélique sortie des mains de Saint-Pierre, en vue des fidèles menacés par les marais Pontains! Qu'est-ce donc cette double spécificité étiologique et thérapeutique, dont parle M. Chomel? Nous ne sommes plus au temps, Dieu merci, où la parole du maître était acceptée comme celle d'un oracle au dessus du libre examen. Tant que M. Chomel n'aura établi autrement que par de simples assertions la prétendue spécificité des fièvres intermittentes et de l'action du sulfate de quinine, nous nous croyons autorisé, par l'état actuel des connaissances, de rejeter ces vues comme mal fondées, et de ramener l'attention du lecteur dans la voie large et conforme à l'observation clinique, que nous nous sommes tracée par les nouveaux faits que nous avons exposés dans les sept articles précédents. Entrons dans quelques détails.

La première question fondamentale qui domine tout l'exposé de M. Chomel est celle de savoir si, dans la fièvre intermittente, la maladie est la cause elle-même, pour nous servir de son expression, comme dans la variole et dans la syphilis, la maladie c'est le virus. Nous nous permettons de contester formellement une pareille assertion. Dans la variole en effet la cause n'est que l'occasion de la maladie, celle-ci étant constituée par les réactions inflammatoires que l'intoxication virulente occasionne. On meurt en effet des inflammations viscérales que la cause variolique détermine, et non de l'intoxication elle-même. Cela est si vrai, que l'inoculation vaccinale, qui est aussi une intoxication, mais sans réactions viscérales manifestes, ne constitue pas une maladie. Par conséquent, il n'est pas exact de dire que la maladie c'est le virus. On peut en dire autant de la syphilis. Le virus syphilitique inoculé ne produit d'abord qu'une pustule ulcérative; passé dans l'économie, il occasionne des réactions organiques, qui, seules, constituent l'appareil symptomatique de l'affection : ce sont des engorgements, des congestions, des phlogoses avec épanchement, des caries, des nécroses, des tumeurs, des suppurations plus ou moins graves, mortelles même quelquefois. La maladie résulte évidemment de ces réactions, de ces troubles occasionnés par la cause spécifique; mais ce n'est pas la cause elle-même qui la représente. Celle-ci en effet disparaît, n'est plus visible, n'est plus inoculable, dès qu'elle est passée dans la circulation. Il en est au reste de ces causes spécifiques comme de tout autre empoisonnement : il n'y a que l'effet réactionnel des organes qui reste et qui constitue l'affection. Dans l'empoisonnement par l'arsenic, par exemple, une fois l'impression dynamique produite sur les viscères, il est indifférent que le métal reste ou non dans l'organisme, l'effet persistant de lui-même et se terminant par la mort, si l'impression dynamique a été assez profonde. Aussi disions-nous, dans une autre occasion, que l'action d'un poison quelconque devait être considérée comme analogue à celle d'un biscayen qui perfore la poitrine, ébranle les viscères, et s'échappe au dehors en laissant des conditions de mort dans l'organisme. Il en est de même de la pustule maligne : ce qui constitue l'affection, c'est cet abattement, cette fièvre, cet anéantissement du rhythme fonctionnel par le trouble occasionné par la cause morbifique; mais évidemment la cause n'est pas la maladie, car elle peut disparaître et ses effets persister, marcher, progresser d'eux-mêmes. On peut en dire autant de la brûlure que M. Chomel a citée comme exemple, puisqu'ici la cause disparaît promptement, et les réactions viscérales persistent et tuent consécutivement.

Maintenant est-il exact de comparer la cause des fièvres intermittentes à celle de la variole et de la syphilis? Non assurément. Ces deux affections reconnaissent en effet chacune un virus, une cause contagieuse, inoculable; tandis que la première n'est pas transmissible d'individu à individu. La cause des deux dernières ne peut être produite de toute pièce par la main de l'homme; elle nous vient et se propage par inoculation; tandis que la cause de la fièvre intermittente peut être produite à volonté à l'aide de certaines conditions hydro-thermométriques. Où est ici la cause spécifique? Est-ce dans les exhalaisons humides du sol? Mais alors un rhumatisme, une congélation, une insolation, une commotion cérébrale, une brûlure, etc., seraient aussi des maladies spécifiques. Evidemment, il y a dans la doctrine que nous combattons un abus étrange de mots; car on fait une spécificité des effets du passage brusque de la chaleur intense du jour à un froid humide et nuageux de la nuit. Il a été prouvé, effectivement, jusqu'à l'évidence

par les articles précédents, que la fièvre n'était que la conséquence immédiate de cette influence et de la phlébo-cardite qui s'en suivait. Arrêtons-nous un instant au malade de l'Hôtel-Dieu, et voyons s'il est possible d'admettre le moins du monde le prétendu principe morbide spécifique.

Cet homme a déclaré qu'il travaillait à dix lieues d'Alger, dans une localité cotoyée d'une rivière sans digues, et de plusieurs dépôts d'eaux stagnantes, entourés de broussailles. C'était dans le mois de mai. La chaleur était excessive pendant le jour; car il y soufflait le vent du désert. La nuit, des nuages épais couvraient la localité et les malheureux ouvriers qui, manquant de tentes et de tout autre abri, couchaient à ciel ouvert sur les broussailles. Quinze jours de cette habitation ont suffi pour frapper 500 ouvriers; tandis que les Arabes qui couchaient sous des tentes, qui s'enveloppaient d'habillements de laine, échappaient à la maladie, ou bien n'en étaient atteints qu'en proportion beaucoup moindre. C'est exactement ce qu'on rencontre à Rome, d'après les observations du docteur Folchi. En la regardant le matin d'une des hauteurs voisines, l'ancienne capitale du monde et ses alentours paraissent comme enveloppés d'un immense nuage épais qui se dissipe par le lever du soleil. La différence de température du jour à la nuit est de 10 à 13 degrés centigrades. Tous ceux qui dorment à ciel ouvert, ou qui s'exposent autrement à cette action nocturne, contractent la maladie. Ceux, au contraire, qui sont bien clos, bien couverts d'habillements de laine s'en garantissent parfaitement. M. Folchi a, en sa qualité de membre du Conseil de santé, été obligé de visiter les localités les plus dangereuses des environs de Rome; il les a traversées la nuit à cheval, y a couché en se garantissant convenablement de l'influence hydro-thermométrique, et il s'en est très bien préservé. Il en est de même en Afrique et ailleurs. Il est donc évident que les miasmes spécifiques ne sont qu'une simple hypothèse, et notre manière de voir est si conforme d'ailleurs à la logique et à l'expérience, qu'il est impossible de soutenir raisonnablement encore la théorie en question. Notez bien que nous ne nions pas la cause spécifique dans les maladies contagieuses, telles que la syphilis, la variole, la rage; mais il y a loin de là à la fièvre intermittente.

On fait, d'un autre côté, une autre spécificité de l'action du sulfate de quinine; mais c'est encore là une erreur. Outre que ce remède n'est pas le seul à bien guérir la fièvre intermittente, puisque la digitale, l'arsenic, la scille maritime, les purgatifs, les émétro-cathartiques, etc., en font souvent autant; le sulfate de quinine est souvent insuffisant à procurer à lui tout seul la guérison, et l'on doit lui associer des antiphlogistiques puissants, tels que les saignées, les purgatifs, le tartre stibié, pour atteindre ce but. Tout ce qu'on peut dire en faveur du sulfate de quinine, c'est qu'il est un des meilleurs hyposthénisants vasculaires à action élective pour attaquer la maladie; mais l'idée d'une spécificité est insoutenable dans l'état actuel de la science. Un remède n'est spécifique qu'autant qu'il est unique, sans pareil, dans ses effets. Or, le quinquina n'est pas plus unique dans la fièvre intermittente que le mercure dans la syphilis, que les saignées dans la pneumonie ou dans le rhumatisme, puisque ces remèdes peuvent être très bien remplacés par d'autres, et qu'ils s'appliquent eux-mêmes avantageusement à une foule d'autres maladies à fond d'excitation. En conséquence, non seulement la cause ne constitue pas la maladie, mais encore la double spécificité étiologique et thérapeutique des fièvres intermittentes est une chimère. Nous renvoyons, pour plus de détails, le lecteur à nos articles précédents et aux ouvrages de M. le baron Michel, de M. Giacomini et de M. Folchi de Rome. Nous croyons inutile de prouver que la distinction de M. Chomel, des fièvres intermittentes en essentielles et symptomatiques n'est guère basée. Toutes ces fièvres sont au fond symptomatiques d'une condition pathologique fixe, continue; la fièvre n'est qu'un phénomène de cette condition, laquelle peut s'engendrer sous l'influence de causes diverses, et être différemment compliquée. Ainsi, comme phénomène réactionnel, une fièvre intermittente paludéenne ne diffère pas essentiellement d'une autre intermittente chez un phthisique ou chez un individu atteint d'affection des organes urinaires, etc. La seule différence est dans le degré d'intensité de la condition pathologique, et dans les complications; mais au fond les indications thérapeutiques sont exactement les mêmes, bien que les résultats de la médication varient à cause de ces mêmes complications. Disons enfin que l'idée de M. Chomel qui considère la fièvre intermittente comme une maladie *disséminée*, n'a pas de sens pour nous, attendu que nous refusons à la cause la condition spécifique ou virulente, et qu'il n'y aurait pas de raison pour ne pas donner la même caractérisation au rhumatisme, à la goutte, à la chlorose, au scorbut, à l'épilepsie, etc., ce qui serait inadmissible dans l'état actuel de la science.

CLINIQUES MÉDICALES.

QUESTIONS SPÉCIALES.

La pleurésie avec épanchement se montre en ce moment dans presque toutes les salles des hôpitaux avec assez de gravité. On en compte cinq ou six exemples dans le service de M. Guérard à l'Hôtel-Dieu seulement; on en voit dans celles de M. Chomel, dans celles de MM. Andral, Rayer, Cruveilhier à la Charité. Ce sont des sujets jeunes des deux sexes; des jeunes gens à poitrine délicate ou suspecte de tubercules le plus souvent. Le mal est borné à un seul côté, à gauche plutôt qu'à droite, et en arrière; il comprend ordinairement toute l'étendue correspondante depuis la fosse sus-épineuse de l'omoplate jusqu'en bas. Dans d'autres cas, il occupe la moitié ou les deux tiers inférieurs, s'étendant plus ou moins vers l'aisselle. La matité à la percussion, et la douleur au côté, en constituent les signes culminants. La voix est plus ou moins œgophonique, suivant le degré de l'épanchement. Chez un jeune homme que M. Andral avait la bonté de nous faire examiner avec soin le rétentissement de la voix simulait différents sons, selon la région où l'on auscultait: ainsi, en haut, dans la fosse sus-épineuse, c'était comme si on parlait avec un jeton entre les dents; plus bas, c'était autre chose; vers le milieu, c'était le son d'une véritable trompette d'enfant. Chez d'autres sujets, la voix conservait son timbre naturel. Chez la plupart, il y avait oppression à la respiration, dyspnée à des degrés divers, et respiration bronchique dite supplémentaire. — En arrivant à l'hôpital, tous ces sujets présentaient déjà l'épanchement pleurétique; leur mal datait de dix à douze jours, plus ou moins; le pouls était fébrile chez les uns, apyrétiques chez les autres, mais toujours

avec quelque fréquence. Ces derniers étaient en plus grand nombre, à tel point que, sans la percussion, on aurait méconnu l'affection. La langue était humide, blanche au milieu, rouge sur les bords. Des sueurs le soir chez quelques-uns; un peu de bronchite chez d'autres. Les uns avaient été saignés une fois en ville, à l'aide de la lancette ou des sangsues; les autres pas. Le diagnostic était de la plus grande facilité.

Le traitement adopté aux hôpitaux a été uniforme partout, et cela devait être. On a saigné une ou deux fois du bras ceux qui présentaient de la fièvre et une dyspnée douloureuse vive. On a appliqué des ventouses scarifiées ou des sangsues sur le côté à la plupart, et des cataplasmes émollients. Aussitôt que la fièvre était apaisée, ou même dès le début, si la douleur n'était pas vive, on appliquait un large vésicatoire cantharidé et camphré, comprenant presque toute l'étendue de l'épanchement. On a insisté sur la diète presque absolue, sur les boissons rafraîchissantes et sur les précautions propres à garantir de l'action du froid. L'amélioration a été prompte, mais la guérison ne s'effectue que très lentement, l'absorption du liquide épanché se faisant attendre longtemps, ce qui tient sans doute à la persistance de la condition pathologique de la plèvre, et peut-être aussi à la nature plastique du liquide sécrété. On a ajouté alors au traitement, des boissons nitrées. — Chez quelques sujets, la maladie est plus simple et plus superficielle; elle affecte la forme costo-névralgique ou pleurodynique; le toucher signale une douleur vive dans deux, trois espaces intercostaux, suivant la direction des nerfs de ce nom, ce qui fait rapporter la douleur à une véritable névrilémite intercostale, analogue à la sciatique. M. Guérard applique, dans ces cas, un vésicatoire *loco dolenti* avec un succès presque constant.

La cantharide, dans ces affections, produit evidemment des effets salutaires très grands. Malheureusement, le mode d'application adopté exclusivement en France, fait qu'on ne peut en continuer suffisamment l'usage. Il faut attendre en effet plusieurs jours, qu'un vésicatoire soit séché, que l'épiderme soit reproduit pour en appliquer un autre. Encore n'ose-t-on plus revenir sur le même côté, la douleur ayant été vive, et les malades se refusant, surtout s'il s'agit de la région postérieure où porte le poids du corps pendant la station au lit. M. Rayer a adopté pour principe d'appliquer toujours les grands vésicatoires au devant de la poitrine, alors même que le mal est en arrière; et il en retire tout autant d'avantages, sans l'inconvénient grave de la douleur et de la chaleur causées par le poids en arrière, et la fatigue que les malades éprouvent pour se lever sur leur séant pendant les pansements. La pratique de M. Rayer est excellente sous ce rapport, et l'on ne saurait trop s'y conformer; d'autant plus que s'il y a nécessité de revenir au vésicatoire, on se réserve ainsi une nouvelle place en arrière.

L'action véritable des vésicatoires veut être bien comprise pour en tirer tout le parti possible dans la pratique. On ne compte pour son efficacité généralement en France que sur la petite quantité de liquide séro-albumineux que la vésication évacue, et sur la prétendue irritation révulsive à la peau. Le liquide évacué constitue une saignée blanche; puis la révulsion c'est tout. C'est cette doctrine surannée que M. Chomel enseignait hier encore à l'Hôtel-Dieu, et c'est aussi la croyance générale. Quelques praticiens éminents de Paris cependant, en tête desquels on peut placer M. Rayer, commencent, depuis qu'ils connaissent les idées dynamiques que nous avons répandues, à comprendre, d'une part, que la révulsion est une chimère enfantée par la vieille médecine humorale, les maladies phlogistiques simples ou accompagnées de conditions mécaniques, étant fixes, *indéplaçables*; de l'autre, que les vésicatoires agissent par l'absorption de la cantharide et par son influence dynamique hyposthénisante. Et la preuve, c'est que si, au lieu de cantharide, on se sert du marteau trempé à l'eau bouillante, de compresses imbibées de ce liquide, ou d'alcool qu'on enflamme pour produire des vésications, on a bien l'évacuation du liquide des vésicatoires; mais le mal pleurétique, loin de s'améliorer, empire, l'épanchement augmente, l'action de ces moyens étant stimulante; et pourtant ce n'est pas l'irritation douloureuse à la peau qui manque pour produire le déplacement, la révulsion du travail morbide de la plèvre. Ajoutons que l'action dynamique hyposthénisante du vésicatoire cantharidé et camphré est d'ailleurs manifeste sur le pouls qui devient ample, mou et lent; sur le derme, par les sueurs plus ou moins abondantes; et sur la sécrétion urinaire qui devient abondante, comme à la suite de tout remède hyposthénisant vasculaire. C'est donc dans l'action dynamique de la cantharide absorbée qu'est tout le bienfait des vésicatoires dans les cas en question. Cette action est d'autant plus heureuse qu'elle porte *électivement* sur les séreuses : aussi comprend-on parfaitement que M. Rayer obtienne des résultats tout aussi avantageux sinon plus prononcés, en appliquant les vésicatoires au devant de la poitrine, alors que le mal est en arrière, l'effet dynamique hyposthénisant, ou pour mieux dire l'absorption de la cantharide se produisant mieux sur les tissus sains voisins que sur la région enflammée; car on sait que les tissus enflammés absorbent peu.

On s'est demandé si l'on devait attendre, pour appliquer les vésicatoires dans la pleurésie, que la douleur et la fièvre fussent apaisées. On a résolu affirmativement cette question, dans la présomption que l'action de la cantharide était excitante. Nous n'avons pas besoin de réfuter directement cette erreur, ce qui précède étant suffisant pour le faire. S'il est vrai en effet que l'action en question soit hyposthénisante, son application est d'autant mieux indiquée que le mal est intense, fébrile ou non. Il se peut cependant que cette action soit alors insuffisante à elle seule

pour enlever la maladie : aussi faut-il lui associer les évacuations sanguines. Un autre fait plus important encore que nous voulions établir dans cet article, c'est celui de l'association de l'usage interne de la décoction de cantharides avec les remèdes ci-dessus. Nous avons vu, dans le dernier numéro, combien l'usage interne de la décoction de cantharides était précieux dans les inflammations de la poitrine. Les faits récents, au nombre de 80, que nous avons cités, ne laissent le moindre doute à cet égard, et nous croyons que ce serait hâter singulièrement la résolution des maladies dont nous venons de parler, que de prescrire, dès le lendemain du vésicatoire, un demi-gramme, un gramme ou davantage (10 à 20 grains) de cantharides entières, pour en faire une décoction de 250 à 300 grammes, à prendre par petites gorgées dans une émulsion édulcorée, à répéter chaque jour. Cette ressource est surtout d'un grand avantage chez les sujets faibles qu'on ne peut saigner suffisamment, et chez lesquels l'épanchement pleurétique peut se prolonger indéfiniment et compromettre la vie. Nous savons bien que l'idée de donner la cantharide intérieurement effraie les médecins, étrangers aux nouvelles études dynamiques et qui ne prescrivent d'autres remèdes que la saignée, la diète et l'eau, avec force opium ; mais n'en était-ce pas de même lorsqu'il s'est agi de donner le tartre stibié à haute dose ?

Les affections post-puerpérales dont nous avons parlé dans les deux derniers numéros (phlegmons pelviens), se généralisent de plus en plus aujourd'hui dans nos hôpitaux, à tel point que presque toutes les salles en présentent des exemples plus ou moins nombreux, quelques-uns même très graves ou mortels. Le mal envahit maintenant également des femmes qui ne se trouvent pas dans des conditions puerpérales. Ici ce sont des métrites, là des ovarites, plus loin des péritonites plus ou moins graves, à l'occasion d'un refroidissement, d'une marche nus-pieds dans une chambre pendant l'écoulement menstruel, d'une vaginite, d'une cause morale affligeante, ou même sans cause appréciable. Cinq ou six exemples de péritonite de ce genre sont en ce moment traités dans les salles de M. Andral à la Charité ; il en est d'autres ailleurs. La maladie est beaucoup plus grave chez les nouvelles accouchées. Une jeune femme a été reçue à l'Hôtel-Dieu (clinique de M. Chomel), le cinquième jour de l'accouchement, avec les symptômes d'une métro-péritonite, ou plutôt d'une fièvre puerpérale, ainsi qu'on l'appelle. Son ventre était balonné et douloureux, pâleur extrême, figure grippée, pouls petit. Elle est morte le lendemain. A l'autopsie, à laquelle nous avons assisté, il n'existait pas de restes bien manifestes d'inflammation ordinaire, franche ; pas de phlébite, pas d'abcès ; seulement l'utérus qui offrait le volume d'une grosse vessie de bœuf était généralement très mou, comme de la viande macérée dans l'eau pendant huit jours ; cette mollesse était surtout excessive vers le col et se prolongeait dans la portion supérieure du vagin. Son intérieur était enduit d'une couche épaisse de matière analogue à de la lie de vin, se laissant râcler par le scalpel. L'épaisseur des parois utérines était généralement d'un centimètre environ, ou un peu plus dans quelques points. Toute la masse utérine pouvait se replier sur elle-même comme un petit chapeau de feutre. La rate était engorgée, volumineuse, de plus de moitié ou même du double qu'à l'état normal, et tellement ramollie que sa substance était diffluente comme du chocolat à demi liquide. Le cœur, de volume normal, généralement coloré, est extraordinairement ramolli, se laissant déchirer par le bout du doigt. Rien de bien appréciable ailleurs. Ces sortes de lésions échappent à une appréciation scientifique rigoureuse dans l'état actuel des connaissances ; de telle sorte, qu'on ne peut dire exactement en quoi consistait la condition pathologique véritable, et de quoi cette femme est morte. On dirait que dans ces morts promptes les altérations matérielles n'ont pas eu le temps de s'accomplir, et que le seul trouble fonctionnel, sous l'influence d'un état dynamique quelconque, suffise pour éteindre la vie. On comprend, par conséquent, combien sont vagues et insignifiants les mots, métro-péritonite puerpérale, fièvre puerpérale. Ces sortes d'exemples alarment avec raisons les praticiens, et d'autant plus qu'ils se déclarent plus près de l'accouchement. (Voyez notre avant-dernier numéro).

Dans les nombreux cas de phlogoses pelviennes post-puerpérales que nous observons depuis deux mois dans les hôpitaux, nous avons eu l'occasion de vérifier l'exactitude d'un fait que nous avions déjà signalé d'après M. Rayer, savoir que toutes les fois qu'une maladie de ce genre se déclare, deux, trois, quatre jours après la parturition, l'utérus cesse de décroître ; il remplit le ventre jusqu'à la hauteur de l'ombilic, ou à peu près, où l'on peut parfaitement sentir son fond à l'aide du palpement, en enfonçant la paroi abdominale avec le bout des doigts, et il reste dans cet état pendant un ou deux mois jusqu'à ce que la phlogose se dissipe ; alors le travail rétracteur de l'organe recommence et il s'accomplit promptement. Un pareil état de choses sert déjà de donnée pour le diagnostic et pour la connaissance de la marche stationnaire ou décroissante de la phlogose pelvienne. On peut se demander comment il se fait que l'utérus reste dilaté dans ces cas sans occasionner d'hémorrhagie. D'après les théories admises, un utérus qui ne se contracte pas après la parturition, laisse échapper le sang par ses sinus béants ; aussi, conseille-t-on dans ces cas, de provoquer sa contraction pour arrêter l'hémorrhagie. Il y a là, peut-être, une lacune importante à remplir, et sur laquelle nous ne devons nous arrêter d'avantage, quant à présent. Disons seulement que la théorie en question est incomplète, sinon inexacte, car elle ne tient compte que de la seule condition mécanique de l'organe, et néglige complétement la condition dynamique qui joue là probablement un rôle fondamental.

Les phlogoses post-puerpérales qui règnent en ce

moment, ne se bornent pas seulement aux organes abdominaux ; ils envahissent aussi dans quelques cas rares, ceux de la poitrine et deviennent promptement mortelles. Un exemple de pneumonie chez une nouvelle accouchée vient de se présenter dans le service de M. Rayer à la Charité; il a été presque foudroyant. Une circonstance rare dans ce cas c'est que le mal s'est accompagné d'oreillons qui ont suppuré très promptement. A l'autopsie, l'altération pulmonaire n'était qu'au second degré, ce qui a fait admettre à M. Rayer des conditions morbides générales, inhérentes à l'état puerpéral pour expliquer une mort aussi prompte. D'ailleurs, il règne là la même obscurité que dans le cas de M. Chomel que nous venons de rapporter; et l'on ne saurait trop insister sur ce principe essentiel : que, chez la femme en couche, des maladies qui seraient guérissables hors de cet état, deviennent toujours mortelles, et sans que l'autopsie rende suffisamment raison du phénomène. Peu d'auteurs ont jusqu'ici traité de la pneumonie chez les femmes en couches ; ceux qui en parlent la regardent avec raison comme presque toujours mortelle; ils ont émis des théories humorales là-dessus, et qui sont loin d'être acceptables. Aucun cependant n'a signalé la concomitance des abcès du cou ; et l'on ne trouve nulle part un chapitre bien fait, complet, accompagné de faits détaillés, sur la pneumonie puerpérale. M. Rayer regrettait avec fondement une pareille lacune. Nous devons, au reste, faire remarquer, quant à ces abcès du cou, que l'on voit en ce moment dans les hôpitaux quelques exemples d'oreillons simples, sans maladie générale; mais c'est sur des hommes jeunes seulement, et le mal n'a pas suppuré ni offert d'importance jusqu'ici. Serait-ce la même affection accidentelle qui aurait passé à la suppuration chez la femme en couche? C'est ce qu'il serait impossible d'affirmer d'après un seul fait.

Le farcin chez l'homme, et plus particulièrement la morve dont il n'est qu'une variété, depuis quelques années a fourni dans les hôpitaux de Paris des séries d'observations vraiment effrayantes; si fréquents, si formidables ont été les cas de ce genre qui s'y sont présentés. Et chaque nouveau cas renouvelle les mêmes impressions, la même stupeur douloureuse aux yeux des observateurs. Une mort affreuse, en effet, a été la conséquence de cette épouvantable affection. Nous traçons ces lignes sous une de ces impressions, en présence d'un malheureux palefrenier qui vient de succomber farcineux dans une des salles de M. Rayer à la Charité. Il s'agit d'un jeune homme, âgé d'une trentaine d'années, fortement constitué, qui est entré à l'hôpital pour une affection d'apparence rhumatismale au genou gauche; son mal paraissait léger et peu important; l'articulation était un peu gonflée, rouge et douloureuse au toucher. Le pouls était fébrile, mais le patient se portait bien d'ailleurs en apparence. Il ne se doutait nullement de la nature de sa maladie qui durait depuis plusieurs semaines, et l'on était loin de la soupçonner d'après ces seules apparences. Interrogé sur ses antécédents et sur l'exercice de son état, mais sans aucune présomption, l'on a appris presque par hasard qu'il était palefrenier et soignait des chevaux farcineux. Ce dernier mot a dessillé tout de suite les yeux de M. Rayer et l'a mis dans la voie du diagnostic. L'état fébrile du pouls, est peu en rapport avec la phlogose mono-articulaire, d'une apparence insolite, d'un rouge blanchâtre, sur un sujet voué au service de chevaux farcineux ; c'en était assez pour le praticien qui a le plus approfondi l'étude de la morve et du farcin chez l'homme, pour deviner en quelque sorte l'affection, alors qu'aucune des personnes présentes ne la soupçonnait aucunement. M. Rayer nous a en effet de tout suite fait part de ses craintes, et la suite n'a malheureusement que trop justifié le diagnostic de cet habile clinicien. La fièvre a continué sans rémittence, le genou s'est gonflé, a rougi davantage ; les ganglions de l'aîne correspondante se sont engorgés ; des stries rouges à la partie interne du genou, se dirigeant vers l'aîne, indiquent que les lymphatiques de ce côté sont enflammés. Une douzaine de jours se sont passés dans cet état, puis des abcès se sont déclarés dans le membre; des pustules plates, croûteuses, se sont montrées à la partie supérieure du tronc, au nombre d'une vingtaine; la fièvre a pris un caractère adynamique et le malade a succombé après un séjour d'une quinzaine de jours à l'hôpital. A l'autopsie à laquelle nous avons assisté on a trouvé les lésions ordinaires au farcin : des ulcères dans les fosses nasales, dans le larynx; la muqueuse de ces régions rouge et engorgée ; de petits abcès dans les poumons. Des taches comme gangreneusess existaient dans ces organes. Quelques petits abcès autour de l'articulation et dans le mollet. Rien ailleurs.

Quand on a vu une fois cette formidable maladie, il est impossible, en vérité, de la méconnaître, du moins dans la période de son complet développement. Les faits de ce genre sont triviaux aujourd'hui dans les hôpitaux de Paris, et pourtant leurs symptômes, leur marche, leur constante terminaison sont si effrayants qu'un nouvel intérêt se rattache à chaque nouveau cas. Ajoutons que si les cas de morve chez l'homme sont fréquents, ceux de farcin dans notre espèce ne sont qu'en petit nombre jusqu'à ce jour. Cette circonstance ajoute donc un intérêt tout particulier à cette observation, dont nous ne donnons ici que les traits principaux, le fait devant être publiés par l'interne de M. Rayer avec de grands détails. Les deux maladies n'en forment qu'une au fond, et malheureusement l'art est jusqu'ici dans l'impuissance absolue contre elles, tant chez l'homme que chez les animaux. Cette impuissance au reste, s'étend à la plupart des maladies que l'homme reçoit des animaux. Savons-nous, en effet, guérir la rage, la pustule maligne dans ses effets généraux, l'intoxication reptilienne? Non assurément; ces maladies sont toujours mortelles à divers degrés. Nous disons à *divers*

degrés, car quand le virus de la pustule maligne peut déployer tout son effet dynamique, le mal est aussi mortel que la morve; c'est ce qui a lieu lorsqu'on ne peut le détruire sur place avant l'absorption, ainsi que nous le vîmes une fois chez une femme à la clinique de Boyer. Il en est de même du venin reptilien qui n'est pas un produit morbide; aussi son action est-elle totalement différente de celle des virus. L'action dynamique des virus (morve, rage, pustule maligne) est évidemment excitante, inflammatoire, dans ses manifestations réactionnelles, comme tous les virus propres à notre espèce; tandis que l'action du venin des reptiles chez l'homme est au contraire hyposthénisante comme celle des cantharides, du musc, et de la presque totalité des poisons organiques naturels, et veut être combattu par les excitants; à part bien entendu les considérations qui se rattachent à la spécificité et à l'action élective de ces diverses substances. Le vaccin, autre virus morbide, est peut être le seul qui se transmet à l'homme sans produire de phénomènes toxiques. L'on peut se demander maintenant s'il est des maladies contagieuses propres à l'homme qui puissent se transmettre aux animaux par inoculation ou autrement. Nous n'en connaissons point. On sait que la syphilis n'est point transmissible aux animaux.

Ainsi donc, l'on doit distinguer, au point de vue du traitement des affections que l'homme contracte des animaux, les virus proprement dits (produits morbides) des venins normaux. Ceux-là occasionnent des phénomènes inflammatoires et suppurants, et veulent être traités par les hyposthénisants vasculaires, bien qu'ils soient presque toujours mortels; tandis que ceux-ci, au contraire, déterminent des phénomènes asthéniques et veulent être attaqués par les excitants, en particulier par l'alcool. Nous ne comptons plus l'ammoniaque dans le dernier ordre de remèdes. Un fait extrêmement remarquable, c'est que si l'on inocule un virus morbide à un animal déjà atteint de la maladie propre à ce virus, par exemple, la morve ou le farcin, on n'ajoute rien à la maladie déjà existante; le virus reste sans action, comme le pus de la variole qu'on inoculerait à un variolique; tandis que les venins normaux, comme ceux des serpents, sont toxiques pour le serpent lui-même qui les produit, si on les lui inocule à l'aide d'une plaie. Aussi les serpents de même espèce ou d'espèces différentes se tuent en se piquant réciproquement.

C'est une question de savoir si la morve et le farcin sont transmissibles autrement que par inoculation. Il est des faits qui mettent hors de doute la transmissibilité de la maladie par infection comme on dit, ou par voie aérienne ou miasmatique, à l'instar de la variole, de la rougeole, etc. Cette opinion est d'ailleurs admise par les hommes de la plus grande autorité, comme M. Rayer par exemple. Cependant, des observateurs éclairés soutiennent une opinion contraire. Nous rapportons plus loin une observation remarquable de MM. les docteurs Bassot et Bachelet accompagnée de réflexions dans lesquelles on soutient la dernière manière de voir. C'est déjà faire pressentir que la question mérite de nouvelles études. Disons enfin, que la morve est malheureusement transmissible d'homme à homme, et de l'homme de nouveau aux animaux sains, ainsi que des faits cliniques incontestables et les expériences de M. Leblanc l'ont prouvé; tandis que l'on ne possède pas un seul cas de rage passée d'homme à homme, ou inoculée de l'homme aux animaux. Au reste, l'étude de cette dernière question est encore à faire.

Hôtel-Dieu. (M. Guérard.)

Épilepsie. *Bains froids.* — Une jeune personne, âgée d'une vingtaine d'années, de constitution robuste, bien développée, intelligente, à physionomie agréable, est depuis l'âge de quatre ans atteinte d'épilepsie. Les accès reviennent constammment tous les trois jours, depuis huit ans surtout. Entre un accès et l'autre, sa tête se trouble, devient vacillante. Des traitements divers avaient été essayés chez elle inutilement. Enfin, elle s'est fait recevoir à l'hôpital, à cause surtout de ces troubles incessants et progressifs qu'elle éprouvait, et qui l'incommodaient beaucoup, l'empêchaient de s'occuper. Elle se porte bien d'ailleurs, mange et digère bien, est bien réglée. L'examen de sa tête ne présente rien de particulier. M. Guérard lui a prescrit l'usage des bains froids. Elle en prend un tous les jours, de la durée de cinq minutes environ. On les suspend seulement à l'époque des règles. Dès les premiers bains, la malade s'est déjà sentie mieux, le trouble à la tête et les vacillations, le brouillement des idées ayant disparu, ses idées étant devenues nettes et l'aptitude au travail plus prononcée. Bientôt le retour des accès s'est éloigné; le dernier date déjà de neuf jours; la patiente se porte bien, et rien n'annonce en ce moment un prochain retour; tandis qu'auparavant ils revenaient constamment tous les trois jours, ainsi que nous venons de le dire. En supposant d'ailleurs que ce retour fût prochain, il y a déjà d'acquis une grande amélioration, par suite d'un traitement de quelques semaines, et c'est là le fait que nous voulions mettre en évidence par cette observation. Il y a lieu d'espérer un progrès ultérieur dans cette amélioration, et peut-être même une guérison complète par la continuation du même remède. Nous reviendrons sur ce fait intéressant.

— Nous avons déjà traité, il y a quelques mois, la question de la médication de l'épilepsie, à l'occasion d'un cas de guérison de cette affection, obtenue par M. Rayer à la Charité, à l'aide du nitrate d'argent. Nous avons vu, par des faits récents accompagnés d'autopsie, dans quelles conditions la guérison radicale était possible, et combien étaient mal basées les prétentions de ceux qui voulaient guérir indistinctement l'affection, et les conclusions d'incurabilité absolue établies par d'autres dans tous les cas. Ces conditions résultent de l'état de l'encéphale, suivant qu'il y a ou non des altérations mécaniques dans les centres nerveux. Il suit des observations que nous avons rapportées, que, pendant longtemps, surtout chez les sujets jeunes dont la tête était bien conformée, l'affection restait à l'état purement dynamique

ou congestif dans le cerveau, et que ce n'était que plus tard que des conditions mécaniques se déclaraient, savoir, des épaississements, des indurations, des ossifications, des foyers apoplectiques, des ramollissements, etc. Que dans le premier cas, la guérison radicale pouvait toujours être opérée, ainsi que cela résultait d'une multitude de faits incontestables. Il est juste d'ajouter cependant qu'en pratique, le diagnostic précis de la condition de curabilité ne pouvait être toujours établi *a priori*. Comme cependant le traitement dynamique est toujours utile, même alors que le mal est arrivé à la période mécanique, puisqu'il peut dissiper au moins les complications, il y a lieu de l'appliquer dans la généralité des cas.

L'action dynamique du bain froid ne saurait être douteuse : c'est un hyposthénisant vasculaire puissant, et par la soustraction subite qu'il opère d'une grande quantité de calorique, et par l'eau froide qu'il fait passer dans le sang, et enfin par la partie de la sueur que la réaction dermique occasionne. A ces divers titres, ce médicament se présente avec les mêmes auspices que d'autres qui se sont fait une réputation bien méritée comme anti-épileptiques, tels que l'ammoniaque, le sulfate ammoniacal de cuivre, le nitrate d'argent, etc. Le bain froid au reste, offre ceci d'avantageux, qu'il n'a pas, comme les autres remèdes, besoin du travail de la digestion et de l'assimilation pour agir. Il opère sur-le-champ, sans de grands apprêts, sans beaucoup de frais et sans faire encourir aucun danger. Rien n'empêche d'ailleurs de le répéter deux fois par jour, comme les remèdes internes, chez certains sujets, en été comme en hiver; ou de le combiner à d'autres moyens. M. Guérard a beaucoup employé les bains froids en toute saison pour des maladies diverses, et avec un avantage marqué : aussi s'est-il bien assuré et de la réalité de leurs bienfaits et de leur innocuité. Le fait de l'Hôtel-Dieu nous a semblé remarquable au point de vue des résultats obtenus jusqu'à ce jour.

Puisque nous venons de citer le sulfate ammoniacal de cuivre, ou l'ammoniure de cuivre, ainsi que quelques auteurs l'appellent à tort, nous devons dire que nous avons dernièrement voulu remonter aux premiers faits de guérison qu'on a publiés sur cette matière, et nous les avons trouvés dans un mémoire en italien du docteur Batt, médecin anglais distingué qui exerçait en Italie, et qu'il a lu le 28 avril 1803 devant la Société médicale de Gênes; ce mémoire se trouve inséré dans le tome 2 des actes de cette Société. L'auteur cite un très grand nombre de cas de guérisons qu'il a obtenues à l'aide de ce remède; mais malheureusement la plupart de ces faits ne sont que cités sans détails. Cependant nous tenons de M. Mojon que ces guérisons sont réelles, puisqu'elles se sont en grande partie effectuées sous ses yeux, à Gênes, et elles ont été durables. Batt administrait le sulfate ammoniacal de cuivre à la dose de 2 à 7 centigr. par jour (demi-grain à un grain et demi), conjointement avec la poudre de racine de valériane. Il donnait cette dernière substance à la dose de 8 gramm. (deux gros) par jour, en trois prises. La valériane qu'il préférait était celle qu'on récolte sur les collines, bien exposées au soleil; elle est à feuilles étroites, à racines petites et très odorantes. Le sel minéral, il le donnait sous forme pilulaire, trois fois par jour; chaque pilule contenait 1 à 2 et demi centigr. (un quart de grain à un demi-grain) de médicament. On l'a essayé en France, mais on n'a pas suivi exactement ces indications : aussi n'a-t-on pas obtenu de bons résultats. L'un des malades de Batt n'a guéri radicalement de son épilepsie qu'après avoir consommé 68 grammes (17 gros) de sel ammoniacal de cuivre. C'est déjà dire que le traitement doit être continué longtemps pour obtenir des effets durables. Il y a chez ces sortes de sujets des conditions de tolérance pour les médicaments hyposthénisants; cependant il importe d'en surveiller attentivement les effets.

Le sulfate de cuivre ammoniacal est un sel cristallin d'un beau bleu, brillant, légèrement efflorescent à l'air où il verdit. On l'obtient soit en saturant par l'ammoniaque une solution de sulfate acide de cuivre et précipitant par l'alcool le sel qui en résulte, soit en précipitant la même solution par l'ammoniaque, redissolvant le précipité par un excès de cet alcali, et faisant évaporer. Nous croyons au reste qu'on pourrait administrer au besoin séparément le sulfate de cuivre et l'ammoniaque, par la raison que cette dernière substance donnée isolément compte aussi ses succès contre l'épilepsie. On sait que M. le docteur Pinel-Grandchamp a obtenu des guérisons durables à l'aide de la formule suivante, à répéter avant chaque accès. Prenez : eau distillée, 240 gm. (8 onces); eau de laurier-cerise, 12 gm. (3 gros); ammoniaque liquide, 15 à 18 gouttes; sirop de fleurs d'oranger, 32 gm. (une once); à boire d'un seul trait.

Le nitrate d'argent est sans doute un excellent remède, puisqu'il a déjà produit des guérisons incontestables d'épilepsies; mais il faut pour cela l'administrer longtemps comme tout autre médicament anti-épileptique. Or, on sait qu'à la longue, il colore si fâcheusement la peau, que les individus acquièrent la teinte presque cholérique. M. Guérard a, le premier, prouvé il y a longtemps que, sur l'œil comme sur la peau, la teinte produite par le *contact externe* du nitrate d'argent disparaît promptement à l'aide d'une fomentation d'iodure de potassium (solution à 1|15e). Il pense que peut-être le même effet pourrait être obtenu de ce dernier corps pris par bouche dans les cas de cyanose générale, ou coloration du derme, occasionnée par l'usage interne du nitrate d'argent. Cette expérience est encore à faire. Nous devons dire cependant que, dans le cas de M. Rayer que nous avons suivi à la Charité, aucune coloration n'a eu lieu, le nitrate d'argent ayant été continué pendant deux mois. On ne connaît pas suffisamment, à ce que nous croyons, les conditions de la déclaration de ce phénomène, la dose qu'il faut de pierre infernale pour le produire, etc.

Sueurs nocturnes des phthisiques. *Agaric blanc.* — Les sujets tuberculeux sont toujours en grand nombre dans les salles des hôpitaux de Paris; c'est là un fond ina-

movible, pour ainsi dire. On les reconnaît à distance, à la physionomie spéciale, à la forme nummulaire des crachats; sans parler d'ailleurs de la percussion, de l'auscultation, etc. Tous ces malades, ou ils périssent à la longue, ou ils sont renvoyés après quelque amélioration des symptômes dynamiques provoqués par la condition mécanique du poumon. M. Guérard s'est attaché depuis quelque temps à combattre l'un de ces symptômes les plus fatigants, les sueurs nocturnes. Il s'est bien trouvé de l'agaric blanc (*boletus purgans*), en poudre, à la dose de 3 à 6 décigrammes (6 à 12 grains) par jour. Ce remède produit des effets laxatifs, et les malades le prennent volontiers. Il y a plusieurs années, M. Rayer l'avait vanté contre les sueurs des phthisiques. Nous nous contentons de citer le fait empiriquement, sans entrer dans aucune considération sur les indications thérapeutiques qui se rattachent aux sueurs nocturnes des phthisiques.

Hôpital de la Charité. (M. Rayer.)

Entérorrhée purulente. *Cirrhose hépatique. Remarques pratiques.* — Une femme âgée de 45 ans environ, est entrée à la Charité vers le commencement de janvier 1846, pour un ictère très prononcé et des douleurs dans l'abdomen, surtout à la région hépato-épigastrique. Elle était malade depuis plusieurs mois, se plaignant de coliques hépatiques, mais elle n'était ictérique que depuis peu, et c'est ce phénomène surtout qui l'a déterminée à se faire recevoir à l'hôpital. Nous n'en savons pas davantage sur ses antécédents; cela importe peu, au reste, pour le point de vue que nous voulons mettre en relief dans cette observation. — A l'examen, on trouve une constitution assez bonne, de force moyenne, embonpoint médiocre, expression générale d'une souffrance profonde. Le teint de la peau et de la conjonctive est jaune-clair bien prononcé, et assez luisant pour éloigner toute présomption d'une maladie organique ou mécanique au foie. (On sait que, dans ce dernier cas, le teint ictérique est terreux, sombre, etc.) Les urines sont légèrement ictériques, teignant à peine le linge. Langue blanche. Gardes-robes liquides et purulentes. Inappétence. Douleurs intenses à la région du foie, empêchant le sommeil et le repos. Hypochondre droit très sensible au toucher dans une grande étendue. M. Rayer a diagnostiqué une maladie au foie et au colon. Il s'est rappelé que, dans un cas qui offrait quelque analogie avec celui-ci, la femme était morte presque subitement par suite d'évacuations alvines sanguines très abondantes. A l'autopsie, il a trouvé une perforation spontanée de la veine-porte dans le colon par suite d'un travail phlogistique suppurant de ces parties. — On prescrit divers remèdes antiphlogistiques légers, des lavements émollients, des purgatifs, sans avantage. En attendant, on s'est aperçu que le ventre grossissait par une ascite croissante; puis des signes de péritonite aiguë se sont déclarés, avec des vomissements et des souffrances atroces vers le haut de l'abdomen; les selles purulentes ont toujours continué et la malade s'est éteinte le 2 ou le 3 février; nous avons assisté à l'ouverture de son corps.

L'autopsie a dévoilé plusieurs lésions dans l'abdomen; cette cavité est pleine d'eau diaphane, de couleur jaune foncé, mais sans flocons fibrineux flottants, ni de fausses membranes mêlées au liquide; le péritoine est manifestement enflammé chroniquement dans sa portion pariétale sus-ombilicale; des tissus fibreux accidentels existent vers l'hypocondre droit, véritables fausses membranes anciennes réunissant anormalement le diaphragme au foie et le foie au colon transverse. On ouvre cet intestin: ses parois sont épaissies; son intérieur est presque plein d'un liquide épais, lactescent, manifestement purulent, s'étendant depuis le cœcum jusqu'au rectum, et constituant la source des selles purulentes que la malade avait présentées. La muqueuse colique est généralement très épaissie, très boursoufflée, œdémateuse et de couleur pâle; on l'aurait cru macérée depuis longtemps dans le liquide purulent qui la baignait; cependant elle offre une fermeté, une résistance au toucher plus grande qu'à l'état normal, ce qui fait présumer que son tissu est épaissi par de la matière concrétée sous l'influence d'un travail inflammatoire; son épaisseur est deux ou trois fois plus considérable qu'à l'état normal, et ses plis se trouvent tellement déformés par le boursoufflement œdémateux, que la surface de l'intestin rappelle en quelque sorte les circonvolutions de la convexité du cerveau chez les enfants. En coupant la muqueuse avec le scapel, on trouve le tissu cellulaire sous-jacent engorgé de vaisseaux veineux et artériels injectés et dilatés. Quelques-uns de ces vaisseaux sont très prononcés, très longs et serpentent dans le tissu même ou à la surface de la muqueuse. M. Rayer a rapproché une pareille lésion de la muqueuse colique de celle qu'on rencontre dans beaucoup de dyssenteries. — Le foie est à l'état de cirrhose, c'est-à-dire, il est rapetissé, dur au toucher, de couleur grisâtre et légèrement granuleux à sa surface. Son grand lobe, ou lobe externe, est ratatiné et réduit au volume d'une pomme, à surface tubéreuse comme certaines pommes de reinettes. Le petit lobe est plutôt augmenté de volume, ou du moins il conserve ses dimensions naturelles quant à la largeur, mais son épaisseur est moindre qu'à l'état naturel. La masse entière est compacte, ferme, dure au toucher comme si elle eût macéré dans une eau aiguisée d'acide nitrique. En coupant la substance hépatique, on la trouve très résistante, surtout à sa surface, sa capsule paraissant manifestement épaissie et indurée; son intérieur présente un tissu compacte, généralement grisâtre, quoique imbibé de bile jaune; les granules propres du foie sont du volume de graines de chenevis, très rapprochées entre elles et atrophiées. La vésicule biliaire est petite et contient de la bile verdâtre. L'estomac et les autres viscères n'offrent rien de morbide. En définitive, trois ordres de lésions ont été rencontrés: péritonite partielle, colite purulente, cirrhose hépatique.

— Une première considération importante que cette autopsie suggère est relative à l'entérorrhée purulente coexistant avec l'ictère. M. Rayer avait placé dans le colon la source de la sécrétion morbide, et il ne se trompait point. On pourrait même, jusqu'à un certain point, voir dans cette sécrétion une sorte de connexion avec le système de la veine-porte qui était sans doute lui-même compris dans la maladie du foie; et considérer la colite purulente comme une conséquence ou une propagation de l'affection hépatique. Quoi qu'il en soit, il était presque impossible de préciser d'une manière certaine, sur le vivant, la véritable condition morbide de l'intestin. On croyait cependant à des ulcérations de la muqueuse, et cela semblait d'accord avec les connaissances acquises; pourtant il n'en était rien, le seul travail phlogistique sourd ayant suffi pour l'écoulement purulent, ainsi que l'autopsie l'a démontré. Il nous a semblé voir là une ressemblance assez frappante entre cet état de la muqueuse colique et celui de la conjonctive dans les ophthalmies purulentes chroniques. Aussi nous sem-

ble-t-il logique de placer le siége de cette sécrétion plus particulièrement dans les cryptes ou follicules muqueux de l'intestin. On sait que, enflammées chroniquement, ces sortes de petites bourses sécrètent aisément un liquide muco-purulent ou puriforme, et que c'est là la source de certaines blennorrhées urétrales ou vaginales opiniâtres, de certains catarrhes bronchiques suffoquants chez les vieillards, etc. Il résulte de ces remarques que, comme maladie isolée, l'entérorrhée purulente dont il s'agit serait guérissable à l'aide de médicaments convenables injectés avec une longue sonde et une seringue dans tout le colon ; de ce nombre sont des solutions salines diverses (nitrate d'argent, sulfate de zinc, sel marin, etc.); ou bien encore des eaux minérales naturelles, alcalines, sulfureuses ou autres, qui jouissent d'une action antiphlogistique incontestable. D'un autre côté, l'on comprend comment, dans les cas de ce genre, la médecine anglaise prescrit avec avantage le calomel à petites doses répétées, par bouche, l'action hyosthénisante de ce remède se faisant heureusement sentir dans les organes glanduleux ; et comment d'ailleurs la médecine italienne n'aurait pas hésité de joindre au calomel l'usage du sulfate de quinine, du fer, de l'ipécacuanha ou du bismuth, diversement combinés. Bien que le diagnostic soit souvent obscur dans ces écoulements, l'indication d'une médication hyposthénisante ne saurait être douteuse.

La cirrhose du foie peut être considérée chez cette malade comme la source des lésions de l'intestin et du péritoine. Le seul symptôme qui appelait l'attention sur l'affection hépatique, c'était l'ictère. Ce symptôme cependant se présentait dans de telles conditions que la nature de la lésion a été méconnue jusqu'à l'autopsie. Il n'y avait pas d'ascite quand la malade est entrée à l'hôpital, et la région hépatique était gonflée et douloureuse. Il y avait donc lieu de présumer une irritation phlogistique au foie. Bientôt après cependant, une inflammation péritonéale a tout masque en dominant, pour ainsi dire, la symptomatologie précédente jusqu'à la mort. Encore ici néanmoins, l'indication thérapeutique était au fond la même que pour l'affection intestinale, mais l'autopsie a démontré que le mal du foie était déjà arrivé à la période d'incurabilité. L'enseignement utile qui ressort de ce premier sujet, c'est que le diagnostic de la cirrhose du foie est souvent entouré d'obscurité.

Les pathologistes sont loin de s'accorder, au reste, sur la nature de cette maladie ; mais tout indique, selon nous, que sa condition pathologique consiste dans une sub-phlogose sourde qui épaissit, indure, atrophie l'organe ; cette phlogose se propage plus tard aux parties environnantes où elle devient plus patente, et elle entraîne l'ascite à l'instar de la néphrite albumineuse à laquelle elle peut être assimilée. Dans un travail récent que M. Corrigan vient de publier sur la cirrhose du foie, nous trouvons les remarques suivantes : — Cette maladie consiste dans une inflammation sub-aiguë ou chronique du tissu cellulaire qui forme la capsule de Glisson, et qui, comme on sait, se distribue dans la texture intime du foie, fournissant une enveloppe à chaque granule hépatique et une sorte de lit aux ramifications vasculaires propres à l'organe. La conséquence de cette inflammation est la coarctation de ce tissu, ce qui déplace irrégulièrement les glandules du foie, les comprime, ainsi que les vaisseaux sanguins et les conduits biliaires. Lorsque cette condition pathologique est portée à un haut degré, il en résulte des granulations ou des *clous à chevaux* (ou à ferrer les chevaux) (hob-nail liver). Les effets secondaires de cette lésion sont très graves par suite de l'obstruction des rameaux de la veine-porte et de la suspension de la sécrétion de la bile ; il en résulte un ictère et une hydropisie de la cavité péritonéale, et un désordre dans la digestion et dans l'assimilation. Une fois déclarée, la maladie est incurable, ses symptômes initiaux nous étant inconnus le plus souvent. Dans leur début, ces symptômes consistent dans des espèces de coliques qui se déclarent généralement quatre ou six heures après dîner ; quelquefois le paroxisme des douleurs revient pendant le sommeil, vous réveille en sursaut et vous empêche de dormir. Ces douleurs s'accompagnent de fréquence dans le pouls, de vomissements, de constipation et d'un léger degré de fièvre. Ces symptômes sont apaisés par l'administration de quelques remèdes stimulants par bouche et de lavements laxatifs. A mesure que le mal avance, les paroxismes deviennent de plus en plus intenses et fréquents : les coliques sont plus vives, les vomissements plus violents, le pouls plus fréquent ; la peau devient sèche ; la langue rouge, lisse au centre, présentant l'apparence comme de papilles enlevées de cette surface. Dans quelques cas, la douleur se propage au sommet de l'épaule droite. La jaunisse est d'abord très légère et se voit surtout manifestement à la face interne de la conjonctive palpébrale, puis elle augmente par degrés. Les gardes-robes sont, dans le principe, chargées de beaucoup de mucus et quelquefois de stries sanguines.... A cette période, les symptômes paraissent coïncider avec une gastro-duodénite. Le traitement consiste à défendre sévèrement l'usage du vin, de la bière, du porter et de toute liqueur alcoolique ; régime alimentaire léger, principalement farineux, mais nourrissant, avec des substances animales proportionnées aux forces digestives ; repos dans un air pur de la campagne ; sangsues, ventouses scarifiées répétées, frictions d'onguent de tartre stibié ; mercuriaux, iode, ferrugineux, bi-carbonate de soude, diversement combinés (Medical Times). M. Corrigan dit positivement qu'en origine le mal n'est en réalité qu'une duodénite ou une gastro-duodénite ordinaire, laquelle se propage sourdement au foie. Il résulte aussi de l'étiologie pathogénique ci-dessus, que l'ascite ne serait qu'une conséquence de l'état morbide de la veine-porte (soit obstruction ; soit phlogose). Cette doctrine pourrait

peut-être s'appliquer pareillement à l'ascite consécutive à la néphrite albumineuse (maladie de Bright), en la rattachant à l'état pathologique du système vasculaire rénal. Disons enfin, en terminant, que la cirrhose du foie, décrite pour la première fois par Laënnec, avait été indiquée par les anciens sous les noms d'induration hépatique, d'obstruction durcissante, d'hypochondrie, etc. On attachait la plus grande importance pour le traitement aux douches d'eau salées sur l'hypochondre droit. L'usage interne et externe des eaux minéro-thermales salines, alcalines, sulfureuses doit exercer une heureuse influence lorsque la maladie n'est pas encore arrivée à la période d'incurabilité, qu'elle n'est pas compliquée d'ascite, etc.

Tremblement mercuriel. *Traitement par les vapeurs de soufre.* — Un jeune homme, âgé d'une vingtaine d'années, de bonne constitution, *étameur de glaces*, a été reçu à la Charité pour être traité d'un tremblement mercuriel dans tous les membres, contracté dans l'exercice de son état depuis six mois. A l'examen ce jeune homme est pâle, faible, tremblant ; il ne peut tenir fixes ses deux bras allongés ; ces membres, les avant-bras, les doigts et les mains tremblent tellement que le patient ne peut rien serrer ni maintenir ; il éprouve même de la difficulté à porter les aliments à la bouche. Ses membres inférieurs tremblent pareillement ; sa marche est vacillante ; il ne peut se tenir sur la pointe des pieds, et tous ses muscles volontaires paraissent frappés de la même faiblesse tremblotante. Ses chairs sont mollasses ; langue blanche, intelligence nette, pouls très lent. Le patient se porte bien, d'ailleurs, mais il a été obligé de quitter son travail depuis plusieurs mois. La nature de l'affection était donc de la dernière évidence. M. Rayer a prescrit l'usage des fumigations de soufre, dans un appareil *ad hoc*. Au bout de quelques jours le patient était réellement mieux, sous l'influence de ces fumigations et du repos au lit. M. Rayer a déclaré que de tous les remèdes qu'il avait essayés jusqu'à ce jour contre le tremblement mercuriel, les fumigations sulfureuses étaient le seul secours dont les effets lui avaient paru avantageux. Les bains simples, les bains de vapeurs, les purgatifs n'avaient rien produit d'utile. L'amélioration dont nous venons de parler cependant est loin de constituer jusqu'ici une guérison.

— L'idée de prescrire les vapeurs sulfureuses contre le tremblement mercuriel a été suggérée depuis longtemps par des présomptions chimiques. On se proposait de réduire le mercure à l'état de sulfure, ainsi qu'on l'avait imaginé pour l'intoxication plombique en administration la limonade sulfurique. En principe l'indication était absurde, et elle n'a pu éclore que dans un de ces laboratoires de demi-chimistes, étrangers à la clinique, et qui se disent toxicologues. En effet, les conversions en question sont chimériques dans le corps de l'homme. Il n'est pas prouvé, d'ailleurs, que quelque temps après avoir quitté l'exercice de son état, un ouvrier au mercure conserve de ce métal dans l'économie. La maladie est bien une intoxication, mais elle résulte d'un effet déjà accompli ; et les phénomènes dynamiques qui la constituent persistent encore dans les organes sans qu'il soit nécessaire de la continuation de la cause primitive. L'on n'a pas tenu compte, d'ailleurs, de l'action dynamique de la vapeur de soufre elle-même qui est absorbée à son tour. En conséquence, l'on est parti dans cette médication, d'un principe erroné (la possibilité de la neutralisation chimique du mercure dans l'économie), et l'on ne s'est pas demandé quel mal le soufre absorbé pouvait occasionner par son action dynamique sur un organisme déjà affaibli par le mercure.

Or, l'action du mercure est hyposthénisante, et telle est également celle du soufre. Cette double assertion se trouve prouvée jusqu'à l'évidence par les nombreux articles que nous avons donnés sur ces deux substances dans les trois premiers volumes de ce journal. Au point de vue dynamique, par conséquent (et là est toute la question), le soufre ne peut qu'ajouter à l'action du mercure, qu'augmenter la maladie. Cependant, dira-t-on, le malade de la Charité va mieux ! Il va mieux, répondons-nous, non par le soufre, mais bien par l'action stimulante du calorique auquel on l'expose, et surtout par le repos au lit, par les aliments et le vin qu'il reçoit à l'hôpital. Il n'est pas pour cela guéri, et nous avons la certitude que son mal reparaîtra pour peu que le patient s'expose à l'influence de la cause primitive ou même de causes débilitantes comme le froid. Les véritables remèdes du tremblement mercuriel sont les alcooliques, d'après nos principes. La source des phénomènes morbides est dans une asthénie de la moelle épinière ; cette asthénie peut aller jusqu'au ramollissement ou à l'atrophie à la longue, ce qui rend alors le mal tout à fait incurable. Ces données ont tellement fait leurs épreuves dans les cliniques de la péninsule italienne qu'elles n'y soulèvent plus de contestation parmi les praticiens éclairés et au niveau des connaissances. Il en est autrement en France où les médicaments et les poisons ne commencent à être étudiés dynamiquement que depuis les faits que nous avons fait connaître et les discussions que nous avons soulevées ; aussi, les personnes qui n'ont pas suivi le développement des nouvelles idées, doivent-elles trouver étranges ou incompréhensibles les lignes ci-dessus.

Hôtel-Dieu. (M. Chomel.)

Tœnia. — Un jeune homme, âgé de 25 ans, ouvrier-brossier, de bonne constitution, un peu pâle cependant, de haute taille, habituellement bien portant, s'est aperçu, il y a six mois ou un an, qu'il rendait des portions de tœnia pendant ses garde-robes. Une fois même il en rendit une masse de plusieurs mètres de longueur. Depuis lors, il n'avait plus rien aperçu dans ses selles jusqu'à ces derniers temps, et c'est la réapparition de portions de tœnia dans les matières alvines qui a décidé le patient à se faire recevoir à l'Hôtel-Dieu. A l'examen, on ne trouve aucune maladie ; le patient n'accuse aucun picotement, aucun trouble, si ce n'est qu'il ressent quelquefois des mouvements de tournoiement vers l'épigastre, et un peu plus d'appétit pour du pain que de coutume ; mais cette dernière circonstance ne ressort pas bien clairement de l'analyse des détails qu'il donne sur ses repas. Jusqu'ici la présence de l'entozoaire

n'est admissible que sur l'assertion du patient. M. Chomel a prescrit un purgatif d'huile de ricin, avec addition d'une ou deux gouttes d'huile de croton tiglium, mêlées et bues en une seule fois. Le lendemain, le patient a rendu un certain nombre d'anneaux détachés de tœnia. Ces anneaux étaient simples, blancs, d'un centimètre environ de longueur, et de moitié en largeur. Dès lors, la présence du tœnia n'était plus douteuse. M. Chomel a prescrit de l'écorce de racine de grenadier, 30 gm. (une once), en décoction dans 750 gm. d'eau (une livre et demie), à réduire à moitié et à boire en deux fois, à une demi-heure d'intervalle. Un purgatif a été administré après. Le patient a eu des garde-robes, mais il n'a pas rendu de nouvelles portions de tœnia. On a appris que la racine de grenadier dont l'hôpital pouvait disposer était sèche, par conséquent peu efficace. M. Chomel a alors essayé une purgation mercurielle comme anti-vermineuse; il a suspendu un gramme (20 grains) de calomel dans une certaine quantité d'huile de ricin, à prendre en une seule fois. Garde-robes, mais pas de tœnia. On s'est mis en mesure d'avoir de l'écorce fraîche de la racine de grenadier; M. Chomel en a prescrit 60 grammes (deux onces) à faire bouillir très lentement pendant 12 heures dans 1,000 grammes (deux livres) d'eau, jusqu'à réduction de deux verres, à boire en une demi-heure d'intervalle; un purgatif après. Pas d'effet.

— Depuis une trentaine d'années, on avait beaucoup vanté les vertus vermicides de l'écorce de racine de grenadier, surtout contre le ver solitaire. Les croyances cependant s'affaiblissent de plus en plus sur une pareille propriété. L'on voit en effet souvent ce remède échouer contre le tœnia, à tel point que beaucoup de médecins lui préfèrent la poudre de racine de fougère mâle, à la dose de 12 à 20 grammes, réduite en bols, et suivie de l'administration de purgatifs; mais la fougère elle-même est fréquemment infidèle, et l'on peut en dire autant des potions éthérées que quelques praticiens prescrivent de nos jours contre le tœnia. Ces insuccès tiennent probablement à ce que l'on ne connaît pas assez les conditions dans lesquelles ces remèdes se trouvent lorsqu'ils réussissent. Nous avons déjà, dans le premier volume de ce journal, p. 21, traité la question pathologique et thérapeutique du tœnia, et nous avons exposé dans le même volume, p. 28, une méthode basée sur plus de 200 succès que nous devons recommander de nouveau aujourd'hui, puisque les praticiens semblent s'égarer ou désespérer en présence de tant d'insuccès journaliers par l'écorce de grenadier qu'on regardait comme un remède certain. Ce médicament cependant mérite encore la confiance des médecins; seulement il importe de ne pas lui accorder plus de ce qu'il vaut, ni d'omettre les notions nécessaires dans cette question pratique. M. le docteur S. Prondi administre 8 gm. de poudre d'étain par jour avec succès. M. Chomel a parlé du remède Darbon; remède secret, sur lequel il fit dans le temps beaucoup d'expériences à l'hôpital de la Charité, conjointement avec M. Louis. M. Darbon leur présenta six individus atteints de tœnia, ils furent couchés et surveillés; on leur administra une petite dose du liquide Darbon, et deux heures après, ils avaient tous pondu de magnifiques tœnias. D'autres sujets furent traités pareillement après, toujours avec le même résultat. Six mois plus tard, on fit revenir les six premiers sujets, ils étaient bien portants; on leur administra une nouvelle dose pour s'assurer si la guérison était radicale, et ils ne rendirent rien; tandis que deux nouveaux tœnieux qu'on venait de recevoir et auxquels on administra en même temps la drogue de Darbon rendirent leurs parasites. M. Chomel conclut de là que cette composition est excellente; il regrette qu'elle soit à l'état de remède secret, et que le gouvernement ne l'ait pas encore acheté. M. Chomel a exprimé le vœu que cette acquisition en soit faite. Nous émettons, pour notre part, un autre vœu que celui-là : c'est que les médecins de nos jours étudient sérieusement la matière médicale et la thérapeutique, et ils se passeront aisément de ces compositions secrètes!

Hémiplégie aiguë. — D'après M. Chomel, toute hémiplégie aiguë, causée soit par une hémorrhagie cérébrale, soit par un ramollissement instantané du cerveau, soit enfin par une phlogose des méninges ou par ces trois conditions combinées, et qui s'accompagne d'une *grande fréquence dans le pouls*, est promptement mortelle. A quelque époque de la maladie que cette fréquence se déclare, elle ne cède pas aux remèdes, et elle annonce une fin prochaine, dans l'espace d'un, deux, trois, quatre jours. Une jeune femme reçue depuis peu de jours à l'Hôtel-Dieu, hémiplégique depuis une semaine, offrait d'abord le pouls à 64 par minute, puis à 44; ensuite tout à coup il s'est élevé à 130. Dès ce moment, M. Chomel a porté un pronostic des plus fâcheux, se basant sur cette seule condition; car les autres fonctions organiques étaient restées au point où elles étaient à l'époque de l'entrée de la malade à l'hôpital. M. Chomel a rattaché la paralysie chez cette femme à un ramollissement cérébral aigu, et qui n'est en définitive qu'une phlogose de la pulpe. L'hémiplégie s'est déclarée subitement dans la nuit, mais précédée de plusieurs jours de céphalalgie intense, puis de vomissements bilieux, à la suite de causes morales affligeantes. Ce qui lui fait présumer qu'il ne s'agit pas d'une hémorrhagie cérébrale, c'est que les membres ne sont paralysés qu'à demi, leur sensibilité et leur motilité étant conservées en partie, ils offrent des tremblements généraux qui se répètent dans tout le corps, et une raideur très grande dans le membre thoracique du côté paralysé. Ces symptômes ont plutôt empiré depuis leur existence; la patiente est dans une sorte de veille comateuse (*coma vigile*), avec impossibilité de parler, conservant cependant son intelligence, puisqu'elle fait avec la tête quelques signes affirmatifs ou négatifs quand on lui adresse des questions. Dans l'apoplexie, au contraire, si elle ne tue pas sur-le-champ, les phénomènes morbides vont en s'amendant au bout de quelques jours, tandis qu'ici ils ont empiré, par les progrès sans doute de la phlogose. M. Chomel a

prescrit d'abord une bouteille d'eau de Sedlitz; puis un lavement purgatif, composé d'une décoction de 32 grammes (une once) de séné, avec addition de 32 grammes de sel de cuisine; il n'a pas ordonné de saignée, l'état du pouls ne l'indiquant point; mais dès que le pouls s'est élevé à 130, une saignée du bras a été pratiquée. On vient de prescrire 20 sangsues, à appliquer petit à petit, au nombre de 2 ou 3 toutes les deux, trois heures, vers l'apophyse mastoïde du côté opposé à la paralysie, afin d'entretenir un écoulement de sang continuel du côté où la maladie cérébrale existe. La malade rend les urines involontairement.

PRATIQUE DE LA VILLE.

Cas de morve aigue chez l'homme; *par les docteurs Bassot de Marcigny (Saône-et-Loire) et Bachelet de Sémur.* — Depuis que des faits authentiques ont démontré jusqu'à l'évidence la possibilité de la transmission de la morve du cheval à l'homme, un grand nombre d'observations ont déjà été publiées. Ce nombre va toujours en croissant. Ne pourrait-on pas affirmer avec raison que, quand l'attention des médecins aura été suffisamment appelée sur ce sujet, quand le diagnostic sera mieux établi et surtout plus généralement connu, cette maladie, naguère ignorée chez l'homme, se trouvera être d'une fréquence presque effrayante? La preuve de cette assertion se trouve dans ce fait remarquable, que la plupart des cas publiés jusqu'à ce jour ont failli passer inaperçus. Peu s'en est fallu que celui que nous allons faire connaître n'ait été complétement perdu, comme tant d'autres. C'est donc un devoir rigoureux pour tout médecin à qui le hasard offrira une occasion d'observer cette affreuse maladie, d'en publier l'observation, afin de rappeler l'attention de ses confrères sur un sujet qui intéresse à un si haut point l'humanité.

Charles Primalot, âgé de 32 ans, marié, cocher, demeurant à Sémur-au-Brionnais (Saône-et-Loire), vacciné, n'a jamais eu de maladie grave, quoique d'une constitution délicate. Son père est vivant et très robuste; sa mère est morte à l'âge de 60 ans. Le lundi 13 octobre 1845, je fus appelé pour lui donner des soins. Il était alité depuis dix jours. Le médecin qui le traitait prétendait qu'il était affecté d'un rhumatisme articulaire, parce qu'il se plaignait de vives douleurs dans les membres. Il avait employé la saignée du bras, les sangsues, les cataplasmes, les fumigations, sans procurer au malade le moindre soulagement. Voici dans quel état je le trouvais : la face est pâle, semble annoncer de l'inquiétude et de vives souffrances. La conjonctive de l'œil droit est tuméfiée et forme un bourrelet qui s'avance sur le globe oculaire ; une chassie purulente coule de cet œil et agglutine les paupières. La supérieure, rose et gonflée, est très douloureuse, surtout quand on essaie de la soulever. Une tumeur de la grosseur d'une noix, dure, sans altération de la peau, existe à la tempe gauche. Il présente, depuis plusieurs jours, un enchifrement qui le fatigue beaucoup; les fosses nasales sont le siége d'un écoulement continuel d'un liquide blanc-jaunâtre, quelquefois strié de sang et d'une odeur nauséuse très prononcée. Le malade est constamment occupé à se moucher. Un liquide parfaitement semblable à celui des fosses nasales, mais en bien plus grande quantité, sort par la gorge et est rendu par expulsion. Le malade tousse à peine, il n'a pas de points de côté; la poitrine est sonore dans toute son étendue; sur le cou et la partie antérieure du thorax on voit de nombreuses sudamina; il n'y a pas de glandes sous-maxillaires ; les membres sont douloureux ; il existe, un peu au dessus et en arrière du coude gauche, une petite tumeur livide, douloureuse et non fluctuante; une rougeur diffuse, couleur lie de vin, formant une légère saillie, se présente au genou gauche; on voit encore un grand nombre de tumeurs plus petites sur les côtés de la poitrine, à la partie postérieure du tronc et sur le cuir chevelu. Le quatrième orteil du pied droit présente un ulcère gangréneux qui occupe la partie inférieure de la deuxième et troisième phalange. L'extrémité de cet orteil est recouverte d'une phlyctène. Depuis le 4 octobre, deuxième jour de la maladie, le malade s'était plaint d'une violente douleur dans cette partie; les jours suivants cette douleur fut assez vive pour lui arracher des plaintes et lui causer de temps en temps un tremblement nerveux dans le membre droit. Le 10 octobre, le médecin qui le soignait lui ouvrit avec une lancette la partie inférieure de l'orteil; il en sortit un peu de sang noirâtre, sans aucune trace de pus.

Le pouls est petit, fréquent, irrégulier, il y a 120 pulsations; une sueur continuelle, aigre, fatigue beaucoup le malade. Depuis plusieurs jours, constipation complète sans douleur abdominale; urines peu abondantes et rougeâtres. Nous n'avons reconnu aucune altération, aucun engorgement, soit dans la rate, soit dans les autres viscères du ventre. Il n'y a presque pas de sommeil; il survient un peu de délire pendant la nuit. — Les symptômes de la morve que présentait ce malade étaient si franchement dessinés, que je n'hésitai pas un instant à reconnaître cette maladie et à porter le pronostic qui malheureusement est toujours le même dans cette occasion. J'interrogeai le malade sur la nature des soins qu'il donnait à ses chevaux. C'est alors qu'il me donna les renseignements qui suivent et dont l'exactitude m'a depuis été garantie par plusieurs autres personnes.

Ce cocher soignait deux chevaux : l'un, très vieux et couvert de petites tumeurs, n'a présenté ni jetage ni glandage; l'autre, un peu moins âgé, jetait depuis longtemps par les narines, il avait eu en outre les glandes sous-maxillaires tuméfiées. Un vétérinaire, appelé pour soigner ce cheval, dit que cet animal présentait bien quelques symptômes de morve, mais que cela ne serait peut-être rien. Il ordonna de passer un séton, et ce fut le malheureux cocher qui pensa ce séton pendant près de deux mois. De plus, il couchait dans une chambre placée au dessus de l'écurie et communiquant avec elle par un escalier placé intérieurement. Les portes de l'écurie étaient rarement ouvertes, pour que le cheval ne prît pas froid. Souvent les couvertures du lit du cocher étaient humides, quoique cette chambre fut élevée et saine. Cette humidité ne peut s'expliquer que par la condensation de la vapeur qui, s'élevant de l'écurie, pénétrait dans la chambre du cocher. Lorsque ce dernier pansait son cheval, celui-ci lui a plusieurs fois soufflé sur ses habits, sur ses mains et sur sa figure les mucosités qui coulaient des fosses nasales. Huit jours avant que cet homme fut alité, son cheval lui a marché sur le pied droit recouvert de sa chaussure et lui causa une vive douleur. Il ne se rappelle pas s'il y a eu écorchure ; mais ce qu'il sait bien, c'est que deux ou trois jours après, il avait complétement oublié ce léger accident. Cette contusion a-t-elle eu quelque in-

fluence sur la production de la gangrène dans cet orteil du pied droit, ou bien est-ce par cette voie que le virus se serait introduit dans la circulation? Ces deux hypothèses sont peu probables, parce que le pied était recouvert et à l'abri du contact de la matière morbifique; parce que, dans bien d'autres cas, on a vu des gangrènes semblables sans qu'il y ait eu des contusions. D'ailleurs, depuis un mois, la santé de Primalot, jusque là bonne, était devenue languissante, ses forces diminuaient, il devenait pâle et maigre; il avait des accès de fièvres qui revenaient souvent et pour lesquels on lui avait fait prendre du sulfate de quinine tous les huit jours. Aussi je crois que l'infection remonte à une époque antérieure à l'accident.

Le cheval malade existe encore. Un second vétérinaire a déclaré qu'il regardait ce cheval comme morveux; le premier vétérinaire nie toujours l'existence de cette maladie, il a pris ce cheval chez lui et continue à le traiter par des sétons et différents autres moyens. La connaissance de toutes ces circonstances si remarquables ne me laissa plus aucun doute sur le diagnostic. — Le lendemain 14, je revis le malade. La nuit avait été très agitée et le délire plus fort que les nuits précédentes. Le gonflement de la paupière droite est plus considérable que la veille. Une rougeur érysipélateuse l'envahit et commence à s'étendre sur le nez. Le jetage par les narines et par la gorge est toujours très abondant; le malade est continuellement occupé à s'essuyer. Une hémorrhagie a eu lieu par la plaie de l'orteil. Les autres symptômes sont les mêmes que la veille. — Des raisons particulières m'ayant forcé de suspendre mes visites, M. le docteur Bachelet, de Semur, me remplaça auprès du malade. Ce médecin reconnut, comme moi, tous les symptômes de la morve aiguë. Il trouva sur le corps toutes les tumeurs dont j'ai parlé, ainsi que des plaques croûteuses entourées d'une légère auréole inflammatoire et des phlyctènes remplies d'une sérosité blanchâtre. Le nez devenait de plus en plus volumineux et rouge, l'écoulement nasal était sanguinolent quand le malade se mouchait. Les symptômes généraux avaient peu changé : la langue était rouge sur les bords, blanche au milieu; la soif était assez vive. Point de vomissement ni de selles. Point de douleur dans le ventre. Les membres étaient encore un peu sensibles à la pression, mais les mouvements étaient faciles. La respiration était libre, la toux très rare et sans fatigue. Le pouls donnait 136 pulsations; la peau était continuellement couverte de sueur; on changeait le linge du malade sept ou huit fois par jour. Quand on découvrait le lit, on voyait s'élever du corps une vapeur abondante et nauséuse.

Le lendemain 16, à 11 heures du matin, M. le docteur Bachelet visita son malade. Celui-ci allait plus mal; le délire, qui avait duré toute la nuit, continuait encore. Le malade reconnaissait bien quelques personnes, mais les réponses étaient lentes à venir. Cet état de sémi-connaissance dura jusqu'à la mort. Le nez avait énormément grossi. L'écoulement, plus considérable par la narine droite que par la narine gauche, était devenu sanguinolent, et comme le malade ne pouvait plus se moucher, il laissait un sillon rouge de chaque côté de la bouche. Les phlyctènes de la veille étaient changées en plaques croûteuses, peu larges, comme faveuses et entourées d'un cercle rouge. Les tumeurs avaient conservé leur volume, leur dureté et leur couleur. Aucune ne s'était abcédée ni ne paraissait devoir le faire. La respiration devenait difficile, On entendait des râles à distance; les crachats n'étaient plus rejetés. Le pouls plus petit et plus faible marquait 144. Enfin le malade paraissait n'avoir que quelques heures à vivre. En effet, il mourut à quatre heures du soir. L'autopsie n'a pu être faite. Docteur Bassot.

— Les réflexions qui suivent m'ont paru nécessaires pour éclaircir les points de l'histoire de cette maladie qui a été l'objet de quelques contestations. Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette observation, c'est la réunion, chez le même malade, de tous les symptômes qui servent à caractériser la morve aiguë chez l'homme. Les malaises, les accès fébriles prodromiques, les douleurs arthritiques et musculaires, le coryza, l'écoulement muqueux, jaunâtre et sanguinolent, plus abondant par la narine droite que par la narine gauche, les diverses éruptions de la peau, tout y apparaît dans un ordre parfait. Cette succession si régulière de ces phénomènes est tout à fait celle indiquée par les pathologistes qui se sont occupés de cette grave question. Après cela n'est-on pas en droit de s'étonner que le diagnostic ait pu être révoqué en doute? Avec quelle autre maladie est-il possible de confondre celle-ci? Avec le rhumatisme articulaire aigu? Cette méprise a été commise dans ce cas, comme dans une foule d'autres, puisque les auteurs s'efforcent de prévenir les médecins de cette erreur possible. Cependant il est facile de l'éviter, et un observateur attentif ne prendra jamais pour la maladie elle-même un des symptômes les plus frappants et les plus constants de la morve aiguë chez l'homme. — Avec un érysipèle gangréneux? Mais il n'y a eu de gangrène qu'à l'extrémité du doigt de pied, et là il n'y avait point de rougeur érysipélateuse. A la face, il n'y a pas eu de gangrène, et l'érysipèle ne l'a envahie qu'après la naissance des diverses éruptions de la peau. D'ailleurs on ne trouvera jamais d'érysipèle avec une marche et un aspect semblables. Je ne m'étends pas davantage sur le diagnostic différentiel, car je ne crois pas qu'il soit possible de confondre cette affection avec une autre maladie.

A cette première question il s'en rattache deux autres que je vais examiner avec plus de détails. Ces deux questions, les voici : 1° Le cheval malade était-il ou n'était-il pas morveux? 2° Dans le cas de l'affirmative, comment la morve s'est-elle transmise du cheval à l'homme? — Deux vétérinaires ont examiné le cheval malade; l'un, tout en disant qu'il est possible que la morve survienne, soutient qu'elle n'existe pas encore; l'autre admet son existence, quoiqu'il n'ait pu apercevoir ce qui est pour la plupart le signe pathognomique de la morve : les chancres ou ulcérations de la muqueuse nasale. Avant de dire quelle est celle de ces deux opinions qui nous paraît la meilleure, examinons les symptômes qui appartiennent plus spécialement à la morve.

Un cheval est reconnu morveux par tous les vétérinaires lorsqu'il présente la réunion des symptômes suivants : jetage, glandage et ulcérations de la muqueuse du nez. Mais est-il toujours nécessaire que ces trois symptômes soient réunis pour admettre l'existence de la morve? C'est là un point de pathologie vétérinaire qui demande quelque examen. Disons

d'abord que les chancres de la muqueuse nasale sont le signe le plus caractéristique de la morve ; mais leur absence n'exclut pas pour cela l'existence de cette maladie. Supposez, en effet, qu'un cheval présente l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et le jetage seulement, cet animal peut-il être regardé comme morveux ? Comme ces deux symptômes peuvent appartenir également à la gourme ancienne et à un catarrhe chronique, il serait nécessaire d'examiner leur valeur dans ces différentes maladies. Mais si l'animal a déjà dépassé l'âge où la gourme, afflux dit dépurateur, est susceptible de l'atteindre ; si l'engorgement sous-maxillaire est dur, adhérent ; si le jetage a cet aspect particulier que nous décrirons bientôt ; si encore ce jetage n'existe que d'un seul côté ; si enfin ces deux symtômes persévéraient depuis longtemps, incontestablement ils signaleraient la morve plutôt que la gourme ancienne et le catarrhe chronique. Remarquez d'ailleurs que le diagnostic serait tout à fait certain si l'œil pouvait découvrir quelques ulcérations sur la membrane de Shneider. Or, peut-on affirmer que les régions profondes et anfractueuses de cette membrane inaccessible à l'œil et au doigt, n'aient aucune érosion chancreuse? Les autopsies de chevaux morveux démontrent tous les jours que ce dernier symptôme, le chancre, quoique inaperçu sur le cheval vivant, n'en existe pas moins. Il n'est invisible que parce qu'il est caché. Aussi tous les vétérinaires instruits n'attendent pas la présence de ce signe pour déclarer un cheval morveux. Toutes les fois qu'un cheval a les ganglions sous-maxillaires durs, adhérents, comme attachés à la peau, qu'il y a eu en même temps, par une seule des narines, écoulement d'un mucus verdâtre, visqueux, se desséchant sur la lèvre supérieure où il forme des écailles sèches, ils se contentent de ces symptômes et font abattre l'animal. D'ailleurs, le chancre n'est que le symtôme de la morve et non la morve elle-même. Or, quel est donc le symptôme d'une maladie qui ne manque pas quelquefois, ou qui, du moins, ne se fasse jamais attendre ? Il pourrait donc arriver que celui qui voudrait trouver ce symptôme avant de ce prononcer, s'expose à conserver longtemps un cheval réellement morveux.

Ceci posé, il devient facile de se prononcer sur la question de savoir si le cheval dont j'ai parlé était ou n'était pas morveux. J'ai vu moi-même ce cheval ; il avait les glandes sous-maxillaire engorgées, dures, adhérentes et comme attachées à la peau ; j'ai vu un écoulement très abondant, verdâtre, visqueux, se détachant en écailles sur les poils de la lèvre supérieure et sortant presque uniquement par la narine droite. Aussi, quoique je n'aie pu découvrir d'ulcération chancreuse, je n'hésite pas à me ranger du côté du vétérinaire qui veut que ce cheval soit morveux. Je suis d'autant plus porté à le faire, que ce dernier est un jeune homme très instruit, et qu'un séjour de quatre ans, comme vétérinaire dans l'armée d'Afrique, a mis dans la position d'étudier complétement toutes les questions qui se rattachent à cette dangereuse maladie. Les idées que je viens d'émettre pour décider si un cheval est ou n'est pas morveux, ne m'appartiennent pas ; je les dois à un des vétérinaires les plus distingués de l'école d'Alfort, M. X, qui m'honore de son amitié et qui a bien voulu m'éclairer de ses lumières.

La seconde question est beaucoup plus difficile à résoudre, parce que là où les faits manquent, le raisonnement ne les remplace pas toujours. La morve, suivant la plupart des auteurs, peut se transmettre à l'homme de deux manières : par inoculation ou bien par infection. L'inoculation, de quelque manière qu'elle se fasse, est facile à concevoir et admise par tout le monde. Le virus morveux produit des ravages assez rapprochés du moment où il a été introduit dans le sang, pour qu'on puisse aisément rattacher ces effets à leur cause. Mais il est plus difficile d'expliquer la transmission de la morve par infection. On suppose un virus, invisible et inappréciable, qui passe, au moyen de l'air, dans notre économie et la détériore insensiblement. Chaque jour, une nouvelle quantité s'ajoute à la première jusqu'à l'apparition des accidents qui caractérisent la morve. Cette manière de voir présente bien quelque apparence de vérité, mais à l'aide des faits et des raisons qui suivent, je prouverai peut-être qu'elle n'est pas admissible. Si on inocule le virus morveux sur dix personnes, ces dix personnes seront presque sûrement atteintes de la morve. Si on met dix autres personnes dans une écurie où seront des chevaux morveux ; si ces dix personnes soignent ces chevaux, pansent leurs sétons et couchent même dans leur écurie, on ne les verra jamais atteintes de la morve, pourvu qu'elles aient soin de se laver et de se tenir très proprement. Cependant elles vivront dans un air continuellement vicié par la respiration et la transpiration des chevaux morveux ; et quoiqu'elles soient dans le milieu le plus favorable à la transmission de la morve par infection, on ne la verra jamais naître dans ces circonstances et seulement à cause de ces circonstances. Il est facile de s'assurer de la vérité de ce fait en examinant l'état des palefreniers qui soignent les chevaux morveux de la cavalerie de l'armée d'Afrique. Ils couchent presque tous dans l'écurie de leurs chevaux et les pansent sans la moindre inquiétude. Seulement ils ne négligent aucun des soins de propreté qu'on leur conseille. Mais qu'un de ces palefreniers se blesse et que le virus morveux atteigne le derme dénudé, aussitôt il sera atteint de la morve ; l'action seule de prendre une prise de tabac, de frotter la muqueuse avec les doigts recouverts du virus morveux suffit pour produire l'inoculation et faire naître cette affreuse maladie. La science en possède plusieurs exemples.

Ces faits, qui se répètent tous les jours, prouvent évidemment que l'air ne peut pas servir de véhicule

au virus morveux, et que la transmission ne s'effectue que quand il y a contact immédiat du virus, soit avec la muqueuse, soit avec la peau dénudée, soit même avec la peau non dénudée, pourvu que le contact soit assez prolongé pour ramollir l'épiderme et lui ôter son imperméabilité. Si quelques faits ont paru dûs à l'infection, c'est qu'on n'a pas interrogé avec assez de soin les malades, ou que ceux-ci étaient incapables de donner des renseignements positifs sur ce point. Ce dernier cas est précisément celui de l'observation qui précède; le malade n'a pu nous donner le moindre renseignement capable de fixer nos doutes. Néanmoins, je me crois en droit de dire, d'après ce qui précède, qu'il y a eu, chez notre malade, inoculation du virus morveux déposé sur un point quelconque de la peau et entraîné dans le sang par l'absorption. Je sais bien que l'on pourrait m'objecter les expériences faites par ordre du ministre de la guerre; je sais bien que les dix chevaux bien portants, placés dans une écurie avec un cheval morveux, ont tous été atteints de la morve après six mois de cohabitation. Mais ces expériences prouvent bien plus en faveur de l'opinion que je soutiens, qu'en faveur de la transmission de la morve par infection. En effet, ces chevaux étaient continuellement en contact, ils mangeaient au même ratelier, buvaient dans la même auge, en un mot, ils vivaient dans des circonstances telles que le dépôt du virus morveux sur les muqueuses nasale ou buccale était possible à chaque instant. Dès-lors l'inoculation était inévitable, et c'est pourquoi ces dix chevaux ont tous été atteints de la morve. Cette conclusion est d'une haute importance à cause des inductions pratiques qui s'y rattachent. Je regrette beaucoup de ne pouvoir donner ici un plus grand développement à un sujet aussi intéressant pour le médecin que pour le vétérinaire.

Docteur Bachelet.

CLINIQUES CHIRURGICALES.

QUESTIONS SPÉCIALES.

Des caustiques arsénicaux *appliqués au traitement des affections cancéreuses externes; par M. V. Serré, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin à Arras* (1). —L'usage des caustiques arsénicaux contre les affections cancéreuses externes remonte à la plus haute antiquité. Celse, qui exerçait la médecine à Rome sous les règnes d'Auguste, de Tibère et de Caligula, paraît l'avoir recommandé le premier. Il conseille de saupoudrer les cancers avec un caustique dans la composition duquel entre l'orpiment (sulfure d'arsenic), et si l'action de ce caustique est insuffisante, il veut qu'on enlève avec le scalpel tout ce qui est malade, en coupant en même temps dans ce qui est sain. Les médecins qui l'ont suivi ont employé ce caustique, jusqu'en 640. A partir de cette époque, plusieurs siècles s'écoulent sans qu'on puisse savoir si l'on a continué à s'en servir. Dans le dixième siècle, Avicenne trouve que l'arsenic a été mis en usage contre le cancer, s'en approprie l'application et s'en sert avec succès. Les médecins arabes, ses contemporains, et ceux qui lui ont survécu, l'ont également employé avec avantage. — Les médecins du dix-septième et du dix-huitième siècles ne sont point d'accord sur le degré de confiance que l'on doit accorder aux caustiques arsénicaux appliqués à la destruction des tissus cancéreux : ainsi Boërhaave, Lieutaud, Richter, Stoll, en blâment l'emploi, sans précisément citer les motifs sur lesquels ils se fondent. Stahl, Hoffmann, Baillou restent dans l'incertitude sur l'usage qu'on doit en faire, tandis que Fabrice de Hilden, Barbett, Margatus s'applaudissent beaucoup de les avoir souvent employés.

Rousselot, qui vivait au dix-huitième siècle, après plusieurs années de recherches sur les moyens de guérir le cancer sans le secours de l'opération, appliqua à la destruction de cette maladie le caustique suivant, dans lequel l'acide arsénieux entre pour 1|15e : 1° cinabre, 60 grammes; 2° sang-dragon, 60 grains; 3° acide arsénieux, 8 gm. Ces différentes substances étaient triturées, mélangées et converties en une poudre impalpable. Il délayait cette poudre avec de la salive ou de l'eau, puis il bordait la plaie cancéreuse avec un pinceau imbibé de cette composition, et recouvrait ensuite le tout avec une simple toile d'araignée. Il continuait l'usage de ce caustique jusqu'à ce que la destruction du cancer fût complète. On ignore si Frère Côme, qui vivait à Paris en 1730, avait connaissance de l'ouvrage de Rousselot; cela paraît fort douteux en lisant dans un éloge de Jean Baseilhac, dit Frère Côme, qu'un particulier ayant acheté du sieur Chaumet, chirurgien, un spécifique pour cette espèce d'ulcères qui rongent les chairs de la face, et que deux ans après cet individu regrettant son argent, le Frère Côme lui remboursa la somme de deux mille livres, et fit l'acquisition de ce spécifique dans lequel l'acide arsénieux entre environ pour 1|6. Voici quelle en serait la composition : 1° acide arsénieux, 5 parties; 2° cinabre, 25 parties; 3° poudre de semelles de souliers, une pincée. Il réduisait le tout en poudre et en formait ensuite une pâte dont il imbibait un pinceau avec lequel il touchait toute la superficie du chancre et ses bords calleux. L'opération terminée, il recouvrait la plaie soit avec cette mousse qui se forme sur les tonneaux, soit avec de la toile d'araignée ou de la bourre d'agaric. Plusieurs chirurgiens du dix-neuvième siècle ont justifié par leur expérience les succès obtenus par Rousselot et le Frère Côme. Dubois, Patrix et quelques autres chirurgiens, ont employé avec avantage le caustique arsénical, en l'appliquant sur les plaies résultant de l'ablation de cancers. Dans la

(1) Ce travail, essentiellement pratique, a été composé sous les yeux de M. Manec, chirurgien à la Salpêtrière, qui, comme on sait, a fait un grand nombre d'applications de ces caustiques. (Note du réd. en chef.)

formule de Dubois, l'acide arsénieux y est pour 1|22. Voici quelle est sa composition : 1° sang-dragon, 30 grammes ; 2° cinabre, 15 gm. ; 3° acide arsénieux, 2 gm. Dupuytren se servit aussi du caustique arsénical, et comme il pensait qu'il n'était pas besoin de produire une escarrhe, et qu'il suffisait de faire naître une violente inflammation pour guérir les cancers superficiels de la peau, conseillait de les saupoudrer avec la poudre suivante : 1° acide arsénieux, 5 à 6 parties ; 2° calomel, 100 parties. Ce caustique, qui est fort doux, pourra être souvent utile ; mais il échouera presque-constamment contre les ulcères cancéreux à base dure, épaisse, squirrheuse (1).

Depuis quelques années, les chirurgiens allemands font un grand usage de l'arsenic contre les affections cancéreuses externes. Ils semblent préférer, pour son application, la méthode de Hellmaud. Elle consiste à incorporer la poudre arsénicale de Rousselot à la dose de 1 grain et demi (0 gm., 075), dans un gros (4 gm.) d'un onguent composé de : baume du Pérou et extrait de ciguë, 4 gm. de chaque ; acétate de plomb, 1, 30 ; laudanum, 0, 5 ; cérat, 30 gm. Cette préparation s'applique avec de la charpie comme les onguents ordinaires. On en continue l'usage jusqu'à ce que les indurations qui circonscrivent l'ulcère cancéreux ou qui en font la base soient détruites. On peut, suivant l'occurrence, en augmenter ou en diminuer l'activité.

Les succès que le docteur Heyfelder, de Trèves, et le professeur Chœlius ont obtenus de l'emploi de ce caustique, ainsi que les essais qui ont été faits à l'hospice de la Charité de Berlin, sous les yeux d'une commission spéciale composée de MM. Rust et Kluge, méritent bien de fixer l'attention des praticiens et de les encourager à faire usage des caustiques arsénicaux.

Du secret des médecins aux chancres. — Depuis un temps immémorial peut-être, il existe, dans un bon nombre de contrées, et surtout dans le Pas-de-Calais, des personnes auxquelles on accorde le *secret* de guérir les *chancres*. Ces personnes, qu'on va consulter de trente lieues à la ronde, sont ordinairement un vieux garçon apothicaire, un homme à qui un jury médical a accordé le droit de mort sur ses semblables, un berger, une vieille femme, rarement un médecin instruit et prudent. Elles se servent, comme le dit le paysan, de *pois*, de *grains* qu'elles plantent dans les parties cancéreuses, après y avoir fait une ponction avec une lancette ou tout autre instrument. Ces pois auxquels on donne différentes couleurs pour flatter la vue du malade, lui inspirer plus de confiance, répandre plus de merveilleux sur son procédé et dérouter un confrère qui chercherait à pénétrer le secret, ne sont autre chose que des *trochisques* dans la composition desquels entre l'acide arsénieux (oxyde blanc d'arsenic). On les enferme très précieusement dans une boîte, et lorsqu'un malade se présente demandant à ce qu'on lui guérisse son chancre, à ce qu'on lui place des pois, on n'hesite point, lors même qu'il n'aurait qu'un petit bouton, qu'une ulcération simple, on n'hésite point, dis-je, à le faire asseoir, à ouvrir sa boîte et à y choisir avec soin un ou plusieurs pois jaunes, verts, bleus, rouges, blancs ou noirs, qu'on plante hardiment dans la partie malade.

Au moyen de ces pois, de ces trochisques arsénicaux, *ces médecins aux chancres*, comme on les a appelés, parviennent, sans aucun doute, à guérir un assez bon nombre d'affections cancéreuses. Ils ne les emploient, pour la plupart, que contre celles de la face, et surtout contre celles des lèvres. Mais il en est qui, ne prévoyant point le danger ou le bravant, sont assez hardis pour les porter jusque dans la bouche. Il est vrai que quelquefois alors des succès inattendus sont venus couronner du plus brillant résultat des tentatives qui pouvaient paraître des plus imprudentes. C'est ainsi que j'ai vu, il y a peu de temps, un malade auquel un berger fit tomber, au moyen d'un pois ou trochisque arsénical, une tumeur développée à la voûte palatine, et que mon frère, médecin à Bapaume, en a rencontré un autre qu'il avait vu renvoyer des hôpitaux de Paris, comme portant un cancer incurable à la langue, qui fut très bien guéri par un empirique qui se servait de trochisques dans la composition desquels entrait l'oxyde d'arsenic.

Il est facile de concevoir combien l'arsenic, employé sous cette forme, peut, par les occasions si fréquentes qui se présentent d'en faire usage, rendre de grands services à la chirurgie et donner de résultats satisfaisants. Aussi est-il à déplorer qu'un caustique à la fois si précieux et si dangereux soit presque exclusivement en possession d'empiriques, de charlatans, d'hommes grossiers et dépourvus de toute espèce de connaissances médicales, qui en abusent tous les jours, et dont l'ignorance et la rapacité ne manquent jamais de leur faire trouver un *chancre* là où souvent il n'existe qu'une *simple verrue*, une *petite varice*, une *légère ulcération*, un *simple ulcère*, une *simple crevasse*. Ne préjugeons rien sur les inconvénients qui peuvent en résulter : ils sont graves et nombreux : tel est celui de faire tomber une lèvre en entier pour une simple verrue, et cela souvent dans le but unique de faire une grande opération, de faire bien souffrir le malade pour lui faire payer bien cher ensuite la guérison d'un chancre, comme on ne manque jamais de lui dire, qui devait le faire mourir en moins de quelques mois. J'aurais horreur de dévoiler ici tout l'infâme trafic de ces médecins aux chancres, de dire combien de personnes sont victimes de la trop grande confiance qu'elles leur accordent, et de faire connaître toutes les privations que s'imposent des pauvres malheureux pour leur payer des sommes souvent exhorbitantes à ces ignorants, à ces hommes qui s'efforcent de voir partout des chancres, qui ne veulent jamais, ou plutôt qui ne savent point les distinguer des verrues, des plaies simples : aussi me bornerai-je pour le moment à mettre à découvert tout leur secret, à indiquer comment ils composent leurs pois et la manière dont ils les appliquent.

La manière de composer leurs pois, leurs trochisques est des plus simples. Il suffit de prendre la poudre arsénicale de Rousselot, du Frère Côme ou de M. Manec, d'y associer

(1) *Note du réd.* Dupuytren formait aussi avec ce mélange une pâte liquide à l'aide de l'eau distillée, et il en déposait une couche plus ou moins épaisse, au moyen d'un petit pinceau doux, sur la surface qu'il voulait détruire.

du gluten de froment, et d'en faire des pois, ayant à peu près le volume d'un grain de blé ordinaire. Pour être bien préparés, ils ne devront être ni trop durs, ni trop polis; il sera même avantageux qu'ils présentent des aspérités propres à les maintenir dans les parties malades dans lesquelles on les aura fixés. Quant à leur couleur, qui n'est pour rien dans leur action, on conçoit qu'il est facile de la varier à l'infini. — Leur mode d'application est aussi extrêmement facile. Il suffit le plus souvent de faire une simple ponction dans le chancre et d'y planter le trochisque de manière à ce qu'il n'ait aucune tendance à s'en échapper. Il est de la plus grande importance qu'il soit bien en contact avec les tissus chancreux; car, suivant l'observation d'un officier de santé, qui s'en sert avec succès, il n'aurait presque point d'action sur lui s'il était trop enfoncé, placé au dessous ou à côté, en contact seulement avec les tissus sains qui lui servent de base. Si l'on a recours à ce moyen pour faire tomber un bouton, une petite tumeur de nature chancreuse, il sera bon de fendre circulairement ce bouton, cette tumeur et de placer le pois, le trochisque, à l'entrecroisement des incisions. Mais si l'on avait affaire à une tumeur un peu volumineuse, et qu'un seul trochisque ne puisse suffire pour la faire tomber en entier, il faudrait en employer plusieurs à la fois qu'on planterait l'un à l'entrecroisement de l'incision cruciale, et les autres dans les points de cette incision qui correspondraient à la plus grande épaisseur de la tumeur. Pour les y fixer avec plus de facilité, ou pour les placer l'un après l'autre dans la canule du trois-quart à paracentèse, qu'on porterait ensuite dans le fond des incisions où on les pousserait et les maintiendrait à l'aide d'une espèce de petite baguette qui ne serait retirée du tissu chancreux qu'après en avoir dégagé la canule.

Pour ne point s'exposer à donner lieu à des accidents graves et quelquefois mortels, à empoisonner le malade en lui laissant absorber une trop grande quantité d'acide arsénieux, il sera prudent que la dose de cet acide contenue dans les différents trochisques qu'on emploiera en une seule fois ne dépasse guère celle de cinq centig. (1 grain) à un décig. (2 gr.) Le peu de danger qu'il y a à porter le fer rouge sur le col de la matrice, comme je l'ai vu faire pendant toute une année à l'hôpital Saint-Louis; ou d'appliquer sur cette partie de l'utérus la pâte de Vienne, ainsi que j'ai pu m'en convaincre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Gendrin; ou encore d'y appliquer la pâte arsénicale, comme je l'ai vu pratiquer plus d'une fois par MM. Lisfranc et Manec, me font croire que des trochisques d'arsenic plantés dans l'épaisseur des champignons carcinomateux qui se développent sur cette région de l'organe gestateur pourraient donner les meilleurs résultats. En effet, ils réussiraient bien mieux que le fer rougi à blanc dont l'action est si promptement limitée par l'escarrhe qu'il produit; et ils donneraient aussi des résultats bien plus satisfaisants que les pâtes de Vienne ou d'arsenic qui ne peuvent demeurer assez longtemps appliquées sur la partie malade, délayées et entraînées qu'elles sont par différents liquides qui vont les répandre sur les parois du vagin où elles déterminent, ainsi que j'ai été témoin, des excoriations accompagnées des plus violentes douleurs.

Voici comment j'appliquerais ces trochisques dans les champignons carcinomateux du col de la matrice. — Un spéculum étant introduit, je prendrais un long trois-quart, à canule d'un diamètre un peu plus grand que celui que présente le trois-quart à paracentèse, et je l'enfoncerais dans les parties malades de manière à ne point en dépasser l'épaisseur; puis je retirerais le poinçon et je coulerais dans la canule un trochisque que je pousserais jusqu'à son extrémité avec une espèce de piston. Arrivé là, il y serait maintenu et fixé par le piston qui serait ensuite retiré après avoir dégagé la canule. Le sang qui coulerait par la canule ne pourrait être un obstacle au succès de cette opération. On pourrait ainsi fixer plusieurs trochisques à la fois en les plaçant à environ un centimètre de distance. Je ne doute point que de cette manière on ne parvienne à guérir un certain nombre de cancers de la matrice (1).

Aujourd'hui, à Paris, je ne connais que deux chirurgiens qui se servent d'une manière suivie, contre les cancers, du caustique arsénical : ce sont, M. Souberbielle, ancien élève du Frère Côme, et M. Manec, chirurgien de la Salpêtrière. Comme Rousselot, Frère Côme, Dupuytren, ils ne l'appliquent que sur le tissu cancéreux lui-même. Plus hardi peut-être qu'aucun de ses prédécesseurs, M. Manec s'en sert avec le plus grand succès depuis plusieurs années pour détruire toutes les ulcérations et les ulcères cancéreux qu'il rencontre, quelles que soient l'étendue de leurs limites, la hauteur des champignons carcinomateux qui les surmontent et l'épaisseur des tissus dégénérés qui en constituent la base, à moins toutefois qu'ils n'avoisinent des organes dont la lésion pourrait offrir les plus grands dangers. La formule dont il fait usage diffère peu de celle du Frère Côme. La voici : — 1° acide arsénieux, 0,30 (6 grains); 2° cinabre, 1,50 (30 grains); 3° éponge calcinée, 0,75 (15 grains). Le tout est mélangé et réduit en une poudre impalpable que l'on convertit ensuite en une pâte au moment de s'en servir. Si nous examinons le degré d'utilité et l'action probable de chacune des substances qui entrent dans cette composition, nous verrons que l'éponge calcinée peut être regardée comme l'excipient de la formule; que le cinabre (bisulfure de mercure) ne sert qu'à donner du liant au caustique et le faire adhérer à la plaie, et que l'acide arsénieux est la seule substance qui agit comme caustique. Ainsi le cinabre et l'éponge calcinée ne formeraient qu'un gluten propre à maintenir l'arsenic à la surface du cancer. Peut-être cependant se passe-t-il une action chimique entre l'acide arsénieux et le cinabre. Il m'est arrivé plusieurs fois de rencontrer des granulations jaunes sur les parties où la pâte arsénicale avait été appliquée. Ces granulations pourraient bien être con-

(1) *Note du réd.* L'implantation des trochisques arsénicaux que l'auteur propose dans le tissu des tumeurs cancéreuses du col utérin, quoique ingénieuse, ne sera que difficilement adoptée par les chirurgiens, une pareille application offrant de grandes difficultés et souvent aussi des dangers, ces corps pouvant tomber aisément dans le vagin, etc. La ponction peut d'ailleurs occasionner des hémorrhagies graves dans ces maladies.

stituées par un sulfure d'arsenic provenant de la décomposition de l'acide arsénieux et du bisulfure de mercure en contact avec les tissus dégénérés.

Avant d'appliquer les caustiques arsénicaux sous forme de poudre, d'onguent ou de pâte, il est certaines précautions préalables qu'il est de la plus haute importance de ne point négliger. Les voici : — 1° quand la plaie cancéreuse sur laquelle on veut les appliquer saigne facilement, on cherchera à prévenir, à arrêter l'écoulement sanguin qui s'oppose à leur application, par des lotions faites avec des liquides astringents, tels qu'une forte décoction de noix de galle, une solution de tannate de plomb ou de sulfate de zinc, etc. 2° Pour s'opposer à ce que certaines humeurs, telles que la salive, les larmes, les urines ne viennent couler sur ces caustiques, les délayer, les entraîner et nuire à leur application, et pour, dans certains cas, garantir les parties voisines de leur action, on devra quelquefois avoir recours à des moyens mécaniques. Ainsi si l'on plaçait la pâte arsénicale sur le prépuce, on pourrait interposer entre cette partie et le gland une lame de plomb très mince ; 3° si la surface ulcérée était recouverte de croûtes dures, épaisses et très adhérentes, il faudrait les faire tomber au moyen de cataplasmes émollients. Toutes ces précautions ayant été prises, la partie ulcérée se trouvant dans les conditions convenables pour recevoir le caustique, si vous voulez l'employer sous forme de pâte, délayez avec un peu d'eau ou de salive, sur un morceau d'ardoise, ou mieux dans une petite capsule de fayence, la poudre arsénicale de Rousselot, du Frère Côme ou de M. Manec, et faites-en une pâte à laquelle vous donnerez à peu près la consistance de celle de froment. Pour être bien préparée, cette pâte devra n'adhérer ni à la spatule avec laquelle vous l'avez délayée, ni au vase sur lequel vous l'avez pétrie.

Son mode d'application est fort simple. On en appliquera sur la plaie cancéreuse, avec la spatule, une couche dont l'épaisseur variera entre une ou deux lignes, et dont l'étendue ne doit guère dépasser celle d'une pièce de deux francs. Cette couche devra s'étendre sur les bords de l'ulcère à des distances qui varieront comme l'étendue des indurations qui leur appartiennent ou qui les constituent. Vous la recouvrirez ensuite avec de la toile d'araignée ou de la bourre d'agaric, ou mieux avec un morceau d'agaric fort mince que vous aurez préalablement trempé dans l'eau, fortement exprimé et distendu. Si vous voulez détruire un ulcère cancéreux en le saupoudrant avec une poudre arsénicale, il faudra commencer, si la base en est dure et épaisse, par y pratiquer quelques incisions. Le sang qui s'écoulera de ces incisions, en contact avec la poudre caustique, ne tardera point à se coaguler, à former une espèce de pâte qui bientôt se desséchera pour constituer une croûte dure et adhérente. La quantité d'acide arsénieux que l'on pourra ainsi appliquer en une seule fois, sous forme de poudre, d'onguent ou de pâte, variera entre 5 et 20 centig. (1 à 4 grains) M. Manec n'a jamais dépassé cette dernière dose.

L'application des caustiques arsénicaux est suivie d'un certain nombre de phénomènes locaux et généraux Les voici tels que je les ai observés pendant une année à l'hospice de la Salpêtrière, dans le service de M. Manec, lorsque j'y remplissais les fonctions d'interne.

Phénomènes locaux. — Ordinairement une douleur locale suit de près l'application du caustique arsénical, et lorsqu'on l'emploie sous forme de pâte, il ne tarde point à se dessécher, de manière à former une croûte dure qui grippe et attire vers elle les parties circonvoisines ; puis un cercle érysipélato-phlegmoneux et un travail d'élimination apparaissant, les tissus dégénérés tombent et laissent à nu les tissus sains qui deviennent la base de cicatrices solides et résistantes. La douleur qui suit l'application du caustique arsénical varie beaucoup en intensité et en durée. Tantôt elle est assez vive pour priver le malade pendant les premières vingt-quatre heures de repos et de sommeil; le plus souvent elle est supportable ; dans quelques cas, assez rares, elle est nulle, et cependant le médicament n'en agit pas moins ; enfin, d'autres fois elle est moindre que celle qui existait dans le tissu dégénéré avant qu'on l'ait attaqué par l'arsenic. Elle peut durer pendant un, deux, trois, quatre jours, en allant toujours en décroissant.

Sous son influence, les parties voisines se congestionnent, deviennent plus chaudes, prennent un aspect rosé, et vers le troisième ou quatrième jour, un gonflement érysipélato-phlegmoneux environne la partie cancéreuse que l'arsenic a frappée de mort. Ce gonflement est quelquefois assez peu marqué pour faire craindre que le caustique n'ait produit aucune action; d'autres fois, beaucoup plus prononcée et accompagnée de fièvre et d'une chaleur halitueuse très vive, il semble que l'arsenic ait porté trop loin son action, et qu'on doive chercher à la diminuer. Il faudra cependant s'abstenir de tous les moyens propres à en atténuer les effets; car il est d'expérience que ces accidents se calment facilement, et que les résultats du caustique sont d'autant plus assurés, peut-être, qu'ils ont été plus intenses. Enfin, dans certains cas, le gonflement serait de nature œdémateuse.

Vers le quatrième ou sixième jour apparaît une suppuration qui s'établit sur les limites des tissus sains et des tissus dégénérés que l'arsenic a frappés de mort. Cette suppuration commence d'abord par isoler les bords du cancer, puis elle gagne les parties plus profondes, va s'établir au dessous de la base du tissu morbide, le soulève, l'isole et en détermine la chute après avoir détaché, détruit les prolongements, les espèces de racines qu'il envoie dans l'épaisseur des parties saines sur lesquelles il repose. C'est ordinairement du quinzième au trente-cinquième jour que tombent les parties cancéreuses qui ont été attaquées par l'arsenic. Si leur chute se faisait trop attendre, on pourrait la faciliter par des applications de cataplasmes, ou par la section des petits prolongements, des petites brides qui les retiennent encore aux tissus sains.

Enfin, tout le tissu cancéreux est tombé, le tissu sain est

mis à nu, il existe une plaie recouverte d'un enduit grisâtre et muqueux. On recouvre cette plaie de pansements simples, et bientôt on la voit se dépouiller de son enduit grisâtre, se déterger, prendre un bel aspect et se recouvrir de bourgeons charnus qui deviennent rapidement la base de cicatrices douces, résistantes et élastiques. Ces cicatrices suivent dans leur formation la même marche que le travail d'élimination; comme lui, elles se font de la circonférence au centre, et quelquefois elles sont déjà presque complétement formées que le centre de l'escarrhe tient encore aux parties saines par quelques brides.

Pour en terminer avec les effets locaux des caustiques arsénicaux, je dirai qu'ils agissent également sur tous les tissus atteint de dégénérescence cancéreuse; que leur action est la même sur l'œil et sur les os que sur les parties molles, ainsi que je me propose de le faire voir plus loin en donnant l'analyse de quelques observations. J'ajouterai encore que la profondeur à laquelle ils agissent n'est pas toujours en raison directe de la quantité qu'on en applique; que M. Manec en a placé des couches d'égale épaisseur sur des ulcères cancéreux dont les uns n'avaient que quelques millimètres de profondeur, et dont les autres étaient surmontés par des champignons fongueux de trois à six centimètres de hauteur, et que l'action du caustique a été la même dans ces différents cas; qu'elle a eu pour résultat unique la chute seule du tissu cancéreux. Aussi l'arsenic a-t-il toujours paru avoir une action toute spéciale contre le cancer qu'il se bornerait à empoisonner, à frapper de mort, lorsqu'il est en quantité suffisante, sans jamais en dépasser les limites pour aller porter atteinte aux parties saines.

Phénomènes généraux. — Comme phénomènes généraux accompagnant l'action du caustique arsénical, je dirai que j'ai souvent observé, dans les premiers jours qui suivaient leur application, du malaise, de l'abattement, de la fièvre; que je n'ai vu que rarement quelques velléités de vomissement que l'on puisse sérieusement attribuer à l'action toxique de l'arsenic; et que toujours, à partir du moment où le tissu cancéreux a été frappé de mort, on a vu la constitution se rétablir rapidement, la peau perdre sa teinte jaune-paille, la nutrition reprendre toute son énergie, et l'embonpoint reparaître. Les urines des malades traités par les caustiques arsénicaux donnent, lorsqu'on les soumet à l'appareil de Marsh, des taches arsénicales pendant les quatre, six et sept jours qui en suivent l'application. Ces taches, qui vont toujours en diminuant à partir du second jour, nous démontrent qu'une certaine quantité d'arsenic passe par absorption dans le torrent de la circulation, et nous indiquent que, dans les cas où il surviendrait des accidents toxiques assez graves pour inspirer de l'inquiétude, il faudrait se hâter d'enlever le caustique, et de pousser aux urines afin de débarrasser l'économie de la portion d'arsenic absorbé qui s'y trouve en excès (1).

(1) *Note du réd.* La véritable indication générale, dans ce cas, est toute dynamique; elle doit avoir pour base les boissons excitantes : de l'eau vineuse, du vin pur, de l'eau-de-vie, de la teinture alcoolique de canelle, de l'opium. Il faut éviter avec soin les boissons nitrées et autres réputées diurétiques, leur action augmentant celle de l'arsenic et pouvant devenir funeste, ainsi que nous l'avons surabondamment prouvé, l'expérience à la main.

Pour ne point s'exposer à voir l'acide arsénieux passer en trop grande quantité dans l'organisme, s'y accumuler et donner lieu à des accidents graves et quelquefois mortels, comme on a pu l'observer, j'engage à ne point en placer sur le cancer, je le répète, plus de 5 à 20 centigrammes à la fois. Lorsqu'on aura affaire à un ulcère fort étendu, on devra donc le détruire partiellement, par des applications successives faites à cinq ou huit jours d'intervalle. Il faudra alors avoir soin de commencer par les parties les moins déclives, et surtout par celles qui se trouvent dans le voisinage d'organes importants que le mal menace d'envahir rapidement. Lorsque, par des applications successives de caustiques arsénicaux, on sera parvenu à détruire de larges ulcères cancéreux, à tarir le foyer d'infection dont ils étaient le siége, et qu'il restera à peine de la suppuration, il sera prudent d'établir un exutoire dans le voisinage de la partie sur laquelle ces ulcères avaient exercé leurs ravages. L'oubli de ce précepte peut être suivi des plus graves accidents, ainsi que semble le prouver cette observation que je dois à l'obligeance de mon ami, M. Neucourt, médecin à Verdun.

Un malade entra, il y a environ dix-huit mois, dans le service de M. Cloquet pour y être traité d'une affection cancéreuse de la face. Toute la joue gauche, depuis l'arcade zygomatique jusqu'à la base de la mâchoire, et même jusqu'à la partie supérieure du cou, était occupée par d'énormes champignons carcinomateux. Il y avait des douleurs lancinantes et un écoulement abondant d'une sanie ichoreuse et sanguinolente, d'une fétidité des plus repoussantes : cette maladie, qui datait de treize mois, se serait développée à la suite d'une coupure d'un bouton qu'un barbier aurait entamé avec son rasoir. Voici quelles en étaient les dimensions : 1° dans la plus grande hauteur, 13 cent.; 2° dans la plus grande largeur, 8 centim.; 3° pour la plus grande épaisseur des champignons, 3 centim. M. Malgaigne, qui remplaçait alors M. Cloquet, voulait renvoyer ce malade, le jugeant incurable, et déjà il avait obtenu son passage à Bicêtre, lorsque MM. Caron et Neucourt, ses internes, lui proposèrent de le garder et d'attaquer le cancer par la pâte arsénicale, comme ils l'avaient souvent vu faire à la Salpêtrière. M. Malgaigne leur accorda ce qu'ils désiraient, et leur abandonna entièrement le soin du malade dont ils voulaient entreprendre la guérison. Ils firent sur le cancer six applications successives de pâte arsénicale. Ils n'ont observé, après ces différentes applications, aucun accident toxique, et ils ont remarqué que la douleur était moindre dans la partie de l'ulcère sur laquelle on avait appliqué l'arsenic que sur celles qui n'avaient pas encore été attaquées par le caustique; et qu'à partir de la seconde application, l'écoulement avait considérablement diminué et avait perdu de son odeur fétide. Tout le tissu cancéreux était presque tombé; il n'en restait plus qu'une petite portion qui pouvait être détruite par une seule application de la pâte caustique; les tissus qui avaient été mis à nu présentaient des bourgeons charnus de bonne nature; il existait à peine un peu de suppuration; tout laissait entrevoir une guérison prochaine, lorsque tout à coup le malade fut pris de fièvre avec délire et convulsions. Cet état dura pendant trois jours au bout desquels la mort arriva.

A l'autopsie, on trouva tous les signes d'une apoplexie

séreuse. Peut-être eût-on prévenu cet accident si, lorsque la suppuration était presque nulle, on eût établi à la nuque un cautère, ou mieux un séton, afin de remplacer l'écoulement abondant qui se faisait depuis plusieurs mois à la surface du cancer, et dont la suppression brusque a bien pu être la cause de la mort (1).

Maintenant, que nous connaissons les différentes préparations arsénicales dont on peut se servir comme caustiques, quelles sont les diverses formes sous lesquelles on peut les employer, et que nous savons les précautions que réclame leur application et quels sont les phénomènes locaux et généraux dont s'accompagne leur action, indiquons quels sont les cas qui peuvent en réclamer l'emploi. — Les ulcères chancreux de la peau, les larges ulcérations cancéreuses, les cancers peu volumineux et ulcérés, les parties suspectes qui se montrent sur les plaies, suites d'ablation de tumeurs carcinomateuses, les cicatrices qui deviennent cancéreuses, sont les circonstances où les caustiques arsénicaux peuvent être surtout appliqués avec avantage sur le tissu morbide lui-même. Je les ai vus très bien réussir contre des cancers des lèvres, des paupières et des yeux, et j'ai dit qu'on s'en était servi avec succès, sous forme de trochisques, contre une tumeur de la voûte palatine et contre un cancer de la langue jugé incurable dans les hôpitaux de Paris. Je crois aussi, je le répète, qu'employés en trochisques contre les cancers du col de la matrice, ils pourraient donner les résultats les plus satisfaisants.

Nous avons vu que Dubois n'appliquait sa pâte arsénicale que sur les plaies résultant de l'ablation de cancers. Il se servait alors de l'arsenic non pour guérir les affections cancéreuses, non pour détruire, consumer les parties malades que le bistouri devait seul emporter, mais dans l'intention de changer par ses effets le mode de vitalité du lieu que l'on pouvait supposer, après l'opération, être assez vicié pour favoriser les repullulations ultérieures de la maladie extirpée. En suivant cette méthode, il faudra avoir soin de n'appliquer le caustique que lorsque la plaie date déjà de deux, de trois ou de quatre jours, et que la suppuration y est bien établie. Ce précepte ressort de cette connaissance physiologique, que l'absorption se fait difficilement à la surface des plaies qui suppurent, tandis qu'elle a lieu rapidement sur les plaies récentes, non encore en suppuration. Nous croyons qu'il est infiniment préférable d'appliquer l'arsenic sur le cancer lui-même. En procédant de cette manière, on épargne au malade la crainte du bistouri, on ne l'expose point aux douleurs et à la perte de sang qui doivent accompagner les difficultés et la longueur d'une opération préalable, et on le met à l'abri de toutes les chances fâcheuses qui peuvent suivre l'usage de l'instrument tranchant. En outre, les phénomènes locaux et généraux qui accompagnent l'emploi du caustique arsénical appliqué sur la plaie résultant de l'ablation d'un cancer sont peut-être plus graves que ceux qui suivent l'usage de ce toxique placé sur le tissu cancéreux lui-même. Il est, de plus, de larges ulcères cancéreux que le fer de la chirurgie doit respecter, et qui ne peuvent être attaqués que par les caustiques seuls. Ainsi la crainte, la douleur, la perte de sang, les difficultés et toutes les chances incertaines d'une opération préalable, puis application plus douloureuse du caustique sur la plaie, voilà autant de circonstances qui doivent, avec l'impossibilité, dans quelques cas, d'avoir recours au bistouri, nous faire préférer la méthode de Rousselot, de Frère Côme, de Dupuytren et de MM. Manec et Souberbielle à celle de Celse (*præcedi debet scapello*) et de Dubois.

Il est cependant un cas où nous pourrions avoir recours à l'arsenic après nous être servi de l'instrument tranchant : c'est celui où, après l'extirpation d'une masse carcinomateuse, il nous serait impossible de réunir par première intention. Mais alors ce sera non point pour produire une inflammation dans la plaie et les parties environnantes, mais bien pour empoisonner les portions cancéreuses qui auraient pu échapper au bistouri, et pour combattre, affaiblir, détruire, anéantir la disposition locale ou générale à la réproduction du mal, en faisant passer, par le moyen de l'absorption, une certaine quantité d'arsenic dans le torrent de la circulation.

Les résultats vraiment merveilleux que fournissent souvent les caustiques arsénicaux doivent nous engager à leur donner une préférence exclusive sur les autres caustiques et sur l'instrument tranchant, lorsque nous aurons à combattre des ulcères cancéreux et des ulcérations carcinomateuses ne reposant point sur des masses encéphaloïdes trop épaisses. Nous les préférerons au bistouri, parce qu'ils sont moins effrayants, parce que leur action est plus assurée, parce qu'il est plus facile de détruire tout le tissu dégénéré que de l'enlever en totalité, parce qu'ils sont plus rarement peut-être suivis de récidive, parce que les accidents dont ils sont accompagnés sont toujours beaucoup moins à redouter que ceux qui peuvent suivre l'usage de l'instrument tranchant. Il est, en outre, des cas où il n'est point permis de recourir au bistouri : ce sont ceux où l'on a affaire à des malades pusillanimes, faibles, réduits presque au marasme, et ceux surtout où l'on a à combattre des ulcères telle-

(1) *Note du réd.* La conclusion que l'auteur déduit de cette observation n'est peut-être pas tout à fait incontestable. Qu'une phlogose suppurante des environs de la base du crâne ou de la face transmette aux méninges un certain degré d'irritation, et occasionne une apoplexie séreuse, rien de plus simple et de plus ordinaire ; mais qu'un séton ou un cautère puisse s'opposer à une pareille propagation, c'est là une supposition inadmissible pour nous. Nous sommes fâché d'être obligé de dire ici, contrairement à l'opinion de l'auteur, que le cautère est, selon nous, non seulement inutile, mais même dangereux dans le cas en question; car il hâte la récidive en devenant lui-même cancéreux le plus souvent. Nos lecteurs savent au reste que nous regardons la doctrine des révulsions comme une hypothèse chimérique.

ment étendus qu'il serait imprudent d'en entreprendre l'ablation. Ici, dans ces différents cas, il faut de toute nécessité recourir aux caustiques. Mais à quel caustique devra-t-on donner la préférence? Ce sera, je le répète, aux caustiques arsénicaux, parce qu'ils nous paraissent avoir une action toute spéciale contre les dégénérescences cancéreuses. L'arsenic ne consume pas, en effet, le cancer comme les caustiques ordinaires; il semble qu'il l'empoisonne, qu'il le tue et qu'il l'arrache des tissus sains après avoir isolé, détaché, frappé de mort ces prolongements, ces espèces de racines qu'il envoie dans les parties environnantes.

De cette action spéciale que les caustiques arsénicaux nous paraissent avoir contre le cancer sur lequel on les applique, ne pourrions-nous pas admettre qu'une portion de l'arsenic qu'ils renferment, en se répandant, par le moyen de l'absorption, d'abord dans les parties voisines du mal et en passant ensuite dans le torrent circulatoire qui va le répandre dans tous les points de l'économie, cette portion puisse modifier, affaiblir, empoisonner, anéantir ce je ne sais quoi qui constitue la diathèse cancéreuse, c'est-à-dire cette disposition locale ou générale qu'a le cancer à se reproduire lorsqu'il a été enlevé ou détruit? Cette hypothèse est au moins fondée sur ce que beaucoup de médecins ont conseillé l'arsenic à l'intérieur pour combattre les dégénérescences cancéreuses, et surtout ce que Harles a avancé, « que l'acide arsénieux appliqué à l'extérieur, ou administré intérieurement, a une efficacité spéciale, supérieure à tout autre remède, contre le cancer ouvert ou sur le point de s'ouvrir. » Et comme ce médecin ignorait sans doute qu'une portion de l'acide arsénieux appliqué à l'extérieur est absorbée et va se répandre dans toute l'économie, on lui voit conseiller d'employer à la fois l'arsenic à l'intérieur et à l'extérieur, persuadé qu'il était que les ulcères cancéreux guéris seulement par l'usage extérieur de l'arsenic, récidivent souvent après quelques mois, et que ces récidives sont plus rares lorsqu'en même temps l'arsenic a été donné à l'intérieur (1).

Je répondrai maintenant à ceux qui s'efforcent de douter de tout, qui veulent toujours voir dans le cancer une maladie tout à fait au dessus des ressources de l'art et de la nature, et qui s'obstinent à ne vouloir point croire à l'efficacité de l'arsenic contre cette terrible maladie; et à ceux dont une extrême prudence les effraie au nom seul de l'arsenic, que des chirurgiens du plus haut mérite se sont servi avec succès des caustiques arsénicaux, et qu'il faut attribuer à l'ignorance les accidents mortels que l'on a vu survenir à la suite de leur application; et pour les convaincre de leur innocuité, lorsque leur usage en est dirigé par une main sage et prudente, je leur rappellerai que Biett a fait un grand usage de la pâte arsénicale, et qu'il n'a jamais observé d'accident d'intoxication; que Dupuytren n'a jamais vu d'accident grave suivre l'application de sa poudre arsénicale; que les chirurgiens allemands font impunément un grand usage des caustiques arsénicaux; que Dubois a souvent, et toujours sans accident toxique, appliqué sa pâte arsénicale sur des surfaces de trois pouces de longueur et sur deux de large. Enfin, pour les réduire au silence, pour leur enlever toute espèce de crainte, pour ne plus leur laisser l'espoir d'aucun doute, à ces hommes timides, à ces sceptiques de la science, je leur donnerai pour dernière réponse l'analyse de quelques observations recueillies dans le service de M. Manec.

1re *Obs.* Ulcère cancéreux de 25 à 26 centimètres de circonférence, occupant la partie inférieure et latérale droite du cou, datant de vingt-cinq ans. — Quatre applications successives et partielles de pâte arsénicale. — Chute de tout le tissu cancéreux. — Trois mois et demi après la première application du caustique, on ne trouvait plus là où depuis vingt-cinq ans existait cet ulcère qui avait fini par jeter la malade qui en était affectée dans un état voisin du marasme, qui l'avait fait renvoyer comme incurable des différents hôpitaux où elle s'était presentée, et qui, en dernier lieu, l'avait amenée à l'infirmerie de la Salpêtrière, on ne trouvait plus, dis-je, qu'une cicatrice lâche, solide, n'offrant aucune bride et ne gênant en rien les mouvements du cou.

2e *Obs.* Ulcère cancéreux datant de douze ans, s'étendant sur les régions orbitaire et nasale, du côté gauche, présentant une circonférence de 12 centimètres. — Deux applications de pâte arsénicale. — Guérison.

3e *Obs.* Ulcère fongueux offrant 25 centimètres de circonférence, se présentant sous la forme d'un champignon carcinomateux s'élevant de 4 à 6 centimètres au dessus du niveau de la peau, occupant la partie inférieure et latérale du cou, datant de huit ans. — Quatre applications successives de pâte arsénicale.—Guérison. La malade qui portait cet ulcère avait été admise à la Salpêtrière comme incurable.

4e *Obs.* Ulcère cancéreux occupant les régions temporale, orbitaire, malaire, nasale, du côté droit, ayant de 31 à 32 centimètres de circonférence. — Applications partielles et successives de la pâte arsénicale. — Guérison.

La malade qui était affectée de ce vaste ulcère, âgée de 57 ans, renvoyée comme incurable de tous les hôpitaux où elle s'était présentée, fut enfin admise à l'infirmerie de la Salpêtrière où sept applications de pâte arsénicale ont successivement converti les divers points de l'ulcère en des plaies simples qui se sont bien cicatrisées. Cette observation a surtout offert ceci de remarquable, que le caustique a été porté avec succès sur l'œil que la dégénérescence cancéreuse avait atteint, vidé, désorganisé, et qu'il mit à découvert une grande étendue de l'os temporal et de l'os malaire, après avoir détruit leur périoste qui avait été envahi aussi par le cancer; et qu'à la chute de tout le tissu morbide, on vit se développer rapidement sur ces différents points des bourgeons charnus de bonne nature.

5e *Obs.* Ulcère cancéreux du visage occupant le nez, une partie des joues et la lèvre supérieure, présentant une surface d'environ 5 centimètres carrés. — Six applications successives et partielles de pâte arsénicale. — Toutes les parties

(1) *Note du réd.* La question importante que l'auteur soulève ici se trouve longuement traitée dans une série d'articles que nous avons donnée dans ce journal sur le traitement du cancer à l'aide de divers caustiques minéraux. Nous croyons avoir fait connaître le premier l'influence dynamique salutaire que les caustiques absorbés exerçaient sur la condition pathologique générale du cancer.

malades ayant été successivement frappées de mort par ces applications, ont laissé à leur chute une plaie qui s'est rapidement cicatrisée. La malade qui était atteinte de ce cancer, contre lequel le nitrate acide de mercure et la pâte de Canquoin avaient échoué, est très bien guérie. Elle porte maintenant un nez artificiel.

6° *Obs.* Cancer du nez et de la lèvre supérieure, s'étendant de 2 à 3 centimètres sur la joue droite. — Cinq applications successives de pâte arsénicale. Tout le tissu cancéreux est tombé frappé de mort par l'arsenic, et a laissé à sa chute une plaie qui n'a point tardé à se cicatriser. Il a fallu, chez la malade qui fait le sujet de cette observation, enlever une incisive et la canine droite qui correspondaient à une portion d'alvéole dégénérée, qui avait été atteinte par le caustique.

Ainsi donc plus d'objections, plus de reproches, plus de craintes chimériques : tout doit céder devant des succès aussi brillants. Et, en effet, que pourrait-on dire encore, en présence de pareils résultats, contre les caustiques arsénicaux ? Voudrait-on encore s'obstiner plus longtemps à les bannir de la pratique lorsque nous leur voyons tous les jours, comme il est facile de s'en convaincre à l'hospice de la Salpêtrière, conserver la vie à des malheureux cancéreux que les chirurgiens souvent les plus habiles de la capitale envoient dans des services d'incurables pour y succomber au milieu de tout ce que les douleurs peuvent offrir de plus atroce? Peut-être objectera-t-on la douleur et tous les phénomènes locaux qui suivent l'application de ces caustiques, la crainte d'accidents déterminés par l'absorption de l'arsenic, et l'atteinte portée à la constitution par l'introduction de ce poison dans l'économie ; ou bien encore la destruction incomplète du mal, la difformité et la mauvaise nature des cicatrices, et la durée du traitement. Mais n'avons-nous pas vu que la douleur qui suit l'application des caustiques arsénicaux, bien que très violente, dans certains cas rares, est le plus souvent supportable; que quelquefois elle est très légère et même nulle, et que d'autres fois elle est moindre que celle qui existait dans le cancer avant qu'on l'ait attaqué par l'arsenic ; que les accidents locaux ont toujours été bornés et n'ont jamais offert la moindre inquiétude; que jamais nous n'avons observé de phénomènes d'intoxication arsénicale; que toujours l'arsenic a détruit entièrement le tissu cancéreux sur lequel on l'a appliqué ; que toujours la constitution des malades s'est améliorée à partir du moment où l'on a mis en usage l'arsenic; que les cicatrices qui suivent l'empoisonnement et la chute du cancer sont solides, lisses, résistantes, indolentes, et reposent sur des tissus sains ! Quant à la durée du traitement, c'est là un reproche que les caustiques arsénicaux partagent avec les autres caustiques. Et, en effet, quelque soit celui dont on fasse choix, on se gardera bien d'en recouvrir en une seule fois toute la surface d'un ulcère de 25 à 30 centimètres de circonférence, dans la crainte de déterminer des accidents extrêmement graves, en enflammant une trop grande étendue de tissus. Et alors il est facile de concevoir que, forcé d'avoir recours à des applications partielles et successives, la durée du traitement sera toujours à peu près la même, quelle que soit la nature du caustique qu'on ait choisi, attendu que le travail d'élimination qui lui succède est indépendant du moyen de destruction. Et ensuite doit-on compter pour quelque chose les deux ou trois mois qui peuvent s'écouler avant d'arriver à la guérison parfaite d'une maladie réputée incurable? Et quelle maladie ! La plus horrible de toutes celles dont l'homme puisse être atteint. Les récidives des cancers, après leur mortification par les caustiques arsénicaux, sont-elles plus rares qu'après leur ablation, ou leur destruction par d'autres caustiques? Nous le croyons. Cependant c'est là une question que nous ne pouvons pas encore résoudre, faute de faits assez nombreux.

Conclusions. Si nous nous résumons, nous verrons : 1° que l'usage des caustiques arsénicaux, contre les affections cancéreuses externes, remonte à la plus haute antiquité ; 2° que l'acide arsénieux (oxyde blanc d'arsenic) est presque la seule préparation arsénicale qui entre dans la composition de ces caustiques ; 3° que ces caustiques peuvent être employés sous forme de poudre, d'onguent, de pâte ou de trochisques ; 4° qu'on les applique quelquefois sur les plaies résultant d'ablation de cancers, mais le plus souvent sur le tissu cancéreux lui-même ; 5° que leur emploi n'expose à aucun accident lorsqu'on s'en sert avec réserve et prudence ; 6° que l'action toute spéciale que l'arsenic semble avoir contre le cancer qu'il empoisonne et qu'il tue infailliblement lorsqu'il est en quantité suffisante, nous fait croire que les dégénérescences cancéreuses récidivent beaucoup plus rarement après leur mortification par les caustiques arsénicaux, qu'après leur destruction par les autres caustiques ou leur ablation par l'instrument tranchant ; 7° et que cette action toute spéciale de l'arsenic, ainsi que la facilité de son application, nous force à lui donner une préférence absolue sur les autres caustiques et sur le bistouri lorsque nous aurons à combattre de larges ulcères cancéreux et de vastes ulcérations carcinomateuses ne reposant point sur des masses encéphaloïdes trop épaisses.

Hôtel-Dieu (M. Roux).

Spina bifida. *Opération.* — Un enfant, du sexe masculin, âgée de près de trois mois, très bien nourri, robuste, bien développé et offrant toutes les apparences qui constituent un magnifique enfant (si ce n'est que le teint de sa figure était un peu pâle), portait en venant au monde une tumeur au bas des vertèbres lombaires. Cette tumeur ayant fait des progrès, les parents l'ont présenté à M. le docteur Lerma qui l'a fait recevoir à l'Hôtel-Dieu, conjointement avec sa nourrice, dans le service de M. Roux. A l'examen, on trouve que la tumeur lombaire est formée par un *spina bifida;* son volume est à peu près égal à celui du poing d'un enfant de six ans; sa forme est un peu oblongue horizontalement; sa base paraît occuper la dernière vertèbre lombaire; les téguments qui lui servent d'enve-

loppe sont parfaitement sains et résistants partout, mais moins épais vers le sommet de la tumeur; elle est transparente plus qu'une hydrocèle, fluctuante à la pression, mais tendue par le liquide comme une vessie très pleine; irréductible. La sensibilité et la motilité des membres inférieurs paraissent parfaits. La vessie et le rectum fonctionnent normalement. La tête n'offre aucun signe d'hydrocéphale; la fontanelle antérieure n'est point saillante. Les membres de l'enfant sont bien charnus, bien vigoureux, ainsi que son tronc; il crie fort et d'une voix vibrante, et il tète avec appétit. Telles sont les conditions de la maladie. On voit bien que la tumeur est dans les conditions les plus simples, les plus favorables à un traitement chirurgical. M. Roux a entrepris cette cure avec le plus grand soin; il a mûrement réfléchi sur toutes les circonstances de la maladie et sur les chances les plus avantageuses qu'offraient les données de la science à cet égard. Il a cru que le mode opératoire proposé dans ces derniers temps par M. le docteur Dubourg, son ancien élève, pourrait être adopté dans le cas en question; et pour rendre son œuvre aussi consciencieuse que possible, il ne s'est pas contenté de la lecture de l'article que M. Dubourg avait publié en 1841, il lui a écrit pour lui demander d'autres renseignements sur les trois cas que lui, M. Dubourg, avait opérés. M. Roux a lu à sa clinique la réponse détaillée de M. Dubourg. Il résultait de cette réponse un assentiment formel à l'adoption de l'opération que nous allons décrire, et l'assurance d'une réussite presque certaine dans le cas si favorable que M. Roux lui avait représenté. Après ces préliminaires, l'opération a été exécutée aujourd'hui, mercredi, 18 février, de la manière suivante. — On sait qu'il s'agit d'exciser une partie de la poche morbide et de réunir ses bords à l'aide d'une suture à bec-de-lièvre.

Opération. L'enfant est couché à plat ventre sur un oreiller, sa tête dépassant l'oreiller afin qu'il pût respirer. Un aide placé du côté de la tête assujétit les membres supérieurs et le tronc, et a pour mission de se tenir prêt à porter un doigt dans le fond de la tumeur aussitôt l'ouverture faite, afin d'empêcher l'air de s'introduire dans le canal vertébral. Un second aide, placé de côté, fixe les deux pieds de l'enfant avec une main. L'opérateur, placé du côté des pieds, a commencé par marquer avec un crayon dermographique sur la tumeur, la portion de téguments qu'il devait enlever. Il a pour cela dessiné un ovale ou deux lignes elliptiques verticales, fermant une aire égale à une grande feuille d'oranger, son but étant de ne laisser de la poche que des bords plutôt étroits, afin que, par leur affrontement forcé, ils s'opposassent à une nouvelle distension par le liquide, et s'appliquassent aussi serrément que possible sur l'ouverture accidentelle des vertèbres; telle était l'une des conditions sur lesquelles M. Dubourg insistait le plus dans sa lettre. Cela fait, l'opérateur a commencé par diviser avec le bistouri les deux sommets de l'ellipse, à l'aide de deux petites incisions angulaires en haut (V) et deux en bas (Λ), sans pénétrer dans la poche. Les deux dernières incisions se trouvaient très bas, vers le coccyx; l'enfant a jeté de suite les hauts cris et laissé échapper les matières fécales. Puis, d'un seul trait rapide de bistouri, le chirurgien a fendu le côté droit de la tumeur, dans la direction de la trace précédente. Un grand jet large de liquide diaphane a eu lieu à l'instant. Ce liquide a été évalué à 200 gm. au moins (6 à 7 onces). Pendant ce jet, l'opérateur a porté rapidement son doigt indicateur dans le fond de la tumeur, et a bouché ainsi l'ouverture osseuse. Il s'est assuré avec satisfaction que cette ouverture était petite, puisqu'elle se laissait obturer par le bout du doigt. La poche séreuse s'est affaissée et ridée. Il a été évident, au reste, qu'il s'était échappé plus de liquide que la tumeur ne semblait en contenir d'après son volume, ce qui s'explique par la portion contenue dans le canal rachidien. En effet, après que la poche fût vidée, d'autre liquide est sorti encore quand on a fait remuer le doigt obturateur. Maintenant, M. Roux glisse sur son doigt rapidement un morceau d'éponge grosse comme une noix, attachée à un fil, et la substitue à son doigt; un aide porte un doigt sur cette éponge dans le fond du foyer. L'opérateur a alors saisi le grand lambeau de la tumeur affaissée, et a pratiqué avec des ciseaux la seconde incision demi-elliptique. Il a incisé ainsi une grande feuille ovalaire des téguments centraux de la tumeur. Cette feuille que nous avons eue en main, a paru formée simplement de peau et de tissu cellulaire condensés et épaissis. La face cellulaire, quoique un peu lisse, ne contenait aucun débris des membranes de la moelle; de sorte que le liquide se trouvait là sous la peau comme les viscères des hernies sans sac, ou dont le sac a été rompu. On voyait seulement à cette surface cellulaire quelques filaments aplatis qui simulaient des filets nerveux décomposés. — Six longues aiguilles à lance ont servi à réunir cette grande brèche dont la longueur de haut en bas mesurait bien 15 à 18 centim. (5 à 6 pouces). On a procédé de bas en haut, puis de haut en bas pour la pose des aiguilles. Arrivée à l'endroit de l'éponge, la dernière aiguille a été passée rapidement au moment où l'aide a retiré instantanément son doigt et l'éponge du fond du foyer. Des fils cirés ont été passés en 8 à l'ordinaire. L'opération a duré une demi heure; l'enfant a donné par des cris incessants des signes de la plus vive souffrance pendant tout ce temps.

Le lendemain, 19, à la même heure de l'opération, l'enfant est mourant. Il a les yeux fixes et ternes, la pupille immobile, le visage pâle, terreux et rétracté; il a cessé de crier dès cinq heures du matin; ses membres abdominaux sont fléchis. La nourrice a déclaré qu'il s'était constamment plaint depuis l'opération, et qu'il n'avait tété que très peu. — Mort 40 heures après l'opération. L'autopsie doit être faite demain; mais que nous importe l'autopsie en présence d'un fait pareil?

— Cette observation soulève plusieurs questions graves. Et d'abord, abstraction faite de ce résultat lamentable et de quelques autres pareils que la chirurgie déplore, l'on peut se demande si, *a priori*, le traitement de M. Dubourg ne mériterait pas, dans l'état actuel des connaissances, d'être caractérisé de téméraire, de barbare, de sûrement meurtrier? Nous ne craignons pas de répondre affirmativement à cette question, et nous n'avions pas besoin de la nouvelle victime de l'Hôtel-Dieu pour nous prononcer. Les deux cas de guérison que M. Dubourg a publiés ne sont pas concluants; leurs détails d'ailleurs ne présentent pas de caractères suffisants d'authenticité. L'une des tumeurs de M. Dubourg existait à la partie supérieure de la colonne; l'autre régnait un peu plus bas; sans contester la véracité de ses récits, il se peut qu'il n'ait eu affaire qu'à des kystes séreux, ainsi qu'on en connaît des exemples. Avec un peu d'imagination méridionale, aidée des heureuses inspirations des bords de la Garonne, l'auteur a pu en faire peut-être un petit chef-d'œuvre, dont le moindre inconvénient est de tuer sûrement, promptement et douloureuse-

ment! L'on ne saurait trop sévérement blâmer, selon nous, des travaux de cette nature, faits sans maturité, et jetés dans le monde avec le masque de la nouveauté et du succès, circonstances suffisantes pour en imposer et préparer des victimes sans nombre. Qu'il nous suffise de dire que le savant qui est à la tête de la chirurgie en France, et dont l'expérience pratique surpasse sûrement celle de la plupart des chirurgiens, est tombé lui-même dans le piège des faits sans valeur de M. Dubourg. En Angleterre, on ne s'en est pas laissé imposer, ce travail ayant été blâmé par les hommes les plus compétents dans la question. Daignez ouvrir le tome 2, p. 207 des *Annales de thérapeutique*, vous y trouverez un magnifique mémoire de M. Prescott-Hewett, le plus important travail pratique qu'on possède peut-être sur le spina-bifida, et vous verrez ce qu'on y pense des merveilles de M. Dubourg. C'est un devoir pour nous de signaler à l'attention publique la véritable valeur de certains travaux alors qu'ils peuvent devenir la source de malheurs irréparables. Fallait-il donc plusieurs victimes pour comprendre qu'une opération sanglante de cette étendue est par elle-même mortelle chez un enfant nouveau-né? N'a-t-on pas vu dernièrement encore des enfants aussi tendres être sacrifiés à des idées d'opérations inopportunes pour le bec-de-lièvre? D'ailleurs y a-t-il rien de plus illusoire, de plus ridicule que les précautions imaginées par M. Dubourg pour empêcher l'entrée de l'air dans la cavité du rachis? Ajoutons que fort souvent les nerfs de la moelle se prolongent dans le sac, s'épanouissent dans sa paroi postérieure et seraient inévitablement compris dans l'excision. Cela a surtout lieu lorsque la tumeur a pour siége l'os sacrum. Ainsi ce mode de traitement est condamnable en principe et en fait. Nous espérons que la victime qui a produit une si pénible impression à l'habile opérateur et aux assistants, soit la dernière que la société ait à déplorer pour cette maladie, très grave d'elle-même assurément, mais qui n'est pas toujours au dessus des autres ressources de l'art.

Nous avons consigné dans ce journal (t. 1, p. 451; t. 2, p. 33) deux cas remarquables de guérison de spina-bifida à l'aide de la simple ponction et de la compression. L'un appartient à M. Robert; il s'est passé à l'hôpital Beaujon : il s'agit d'un enfant délicat dont la tumeur, placée au bas des lombes, était fort amincie, enflammée, excoriée, extrêmement douloureuse et menaçant de se rompre. M. Robert l'a ponctionnée par la méthode sous-cutanée, avec un trois-quarts fin; il a appliqué des cataplasmes émollients, puis des fomentations de vin aromatique. Des accidents sont survenus, on les a combattus; l'enfant a guéri, et il continue à se bien porter aujourd'hui, 26 mois après la cure. L'analyse du liquide de la tumeur a démontré de l'eau et du chlorure de sodium, comme dans le liquide céphalo-rachidien normal. L'autre est à M. Stephens de New-York; cinq ponctions ont été faites, et la guérison a été complète et heureuse; et notez bien que ces cas étaient moins favorables que celui de l'Hôtel-Dieu. Nous comprenons à peine comment, en présence de faits de cette importance, le mode opératoire de M. Dubourg puisse encore trouver des imitateurs. Nous ne nous expliquons le phénomène que par la négligence qu'on met à se tenir au courant de tout ce qui se publie dans les journaux sérieux. Tel est le dégoût pour le travail scientifique de nos jours, si grands sont les besoins de la vie matérielle, si faibles sont les ressources des médecins, que la plupart d'entre eux n'ont pour tout recueil progressif qu'un de ces journaux-fatras à vil prix, faits à coups de ciseaux par des spéculateurs-marchands, eux-mêmes incompétents dans des questions de science, et que les médecins ignorants avalent comme des morceaux merveilleux. On s'est convaincu en effet qu'une teinture de science vaut mieux pour les succès de la clientèle que des études profondes et suivies. En faut-il davantage? Heureusement que des exceptions nombreuses existent à côté de cette règle désolante!

Hôpital des Invalides. (M. Hutin.)

Amputation tibio-tarsienne. — Nos lecteurs connaissent déjà les détails d'une amputation du pied dans l'articulation tibio-tarsienne que M. le docteur Baudens a pratiquée, il y a quelques années, sur un jeune militaire à l'hôpital du Gros-Caillou; nous avons suivi le malade dans cet hôpital, puis au Val-de-Grâce où il avait été transféré, et nous nous applaudissions, une année plus tard, de le voir si bien marcher à l'aide d'un simple soulier ordinaire cotoyé de deux petites attèles métalliques. Ce militaire faisait de longues courses sans se fatiguer, montait les escaliers, les descendait lestement, dansait, sautait agilement, son pilon d'éléphant lui prêtait un excellent appui, et tout cela sans presque claudication aucune. Nous étions extrêmement satisfait de ce résultat, malgré qu'un autre ou deux autres sujets que nous avions vu opérer de la sorte par M. Baudens eussent succombé, avec gangrène des lambeaux. Le malade de M. Baudens est entré consécutivement à l'Hôtel des Invalides et nous ne l'avions pas perdu de vue. Bientôt nous l'avons retrouvé dans les salles de l'hôpital de l'Hôtel, et depuis plusieurs mois il ne quitte plus l'infirmerie. Son moignon en effet est devenu excessivement douloureux, la cicatrice s'est rouverte, s'est ulcérée sur plusieurs points. Il y a quelques jours encore, le chirurgien en chef, M. le docteur Hutin, a été obligé d'ouvrir deux nouveaux petits abcès qui se sont formés dans le tissu de la cicatrice, et il est probable que les os sous-jacents sont malades; le patient y accuse de vives souffrances, et il demande avec instance une nouvelle amputation près du genou. M. Hutin sera probablement obligé d'en venir là.

Ce fait soulève quelques questions sur lesquelles nos lecteurs ont droit de nous demander compte. Faisons d'abord remarquer que l'indifférence avec laquelle les

chirurgiens civils et militaires ont reçu le remarquable mémoire de M. Baudens (nous disons *indifférence*, par la raison qu'aucun chirurgien français n'a jusqu'à ce jour refait ni recommandé l'opération préconisée par M. Baudens) n'est pas une preuve de non valeur pour l'opération ; car elle a été pratiquée à Edimbourg par M. Syme une dixaine de fois avec un plein succès. Il est vrai cependant que M. Syme n'a opéré généralement que des enfants et qu'il n'a publié que les résultats immédiats de l'opération. Or, la question est de savoir quelles sont les suites éloignées, puisque chez l'opéré de M. Baudens la cicatrice ne s'est enflammée, ulcérée, rouverte que plus d'un an après l'opération. Il importerait d'autant plus de connaître l'état actuel des opérés de M. Syme que cette connaissance pourrait décider la question de savoir si chez le sujet des Invalides le mauvais état de la cicatrice tient à des conditions morbides constitutionnelles, ainsi que nous le présumons, ou bien à des conditions inhérentes à la forme des lambeaux ou du moignon. Nous devons rappeler au reste que, dans le procédé de M. Baudens, le sommet des malléoles est scié après la désarticulation, tandis que M. Syme a conservé les malléoles intactes. Disons enfin que jusqu'à ce que de nouveaux faits viennent éclairer les questions ci-dessus, et malgré l'aversion très grande que les chirurgiens civils et militaires de Paris éprouvent à adopter l'amputation tibio-tarsienne, nous persistons à la croire avantageuse dans plusieurs cas que nous avons dans le temps indiqués. Vous amputez bien dans l'articulation du poignet ; pourquoi donc reculez-vous au même point devant le membre inférieur ? Nous connaissons les raisons qu'on oppose. Le temps et de nouveaux faits seront les meilleurs juges.

Nous ne devons pas terminer cet article sans rappeler qu'il règne dans la pratique militaire une sorte d'aversion pour toutes ces opérations qu'on pourrait presque appeler *de luxe*, telles que les amputations partielles du pied, l'amputation sus-malléolaire, etc. Des raisons de plusieurs ordres ont fait adopter une pareille manière de voir. Il en est autrement dans les hôpitaux civils. Nous avons déjà traité les diverses questions qui se rattachent à ces énoncés.

Hôpital de la Charité (M. Velpeau.)

Fractures de la jambe. *Remarques pratiques.* — A l'occasion d'une fracture oblique du tiers inférieur de la jambe chez un jeune homme, M. Velpeau a examiné plusieurs questions intéressantes dont nous devons reproduire les traits principaux. Pour ce qui est de l'étiologie de ces fractures d'abord, il établit en fait que toutes les fois que la lésion existe à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, on peut affirmer qu'elle a été produite par cause indirecte, et qu'elle est oblique. Dans ce lieu, en effet, répond le maximum de la convexité de la courbe que le tibia décrit naturellement d'arrière en avant. Une fracture par conséquent qui se produit pendant une chute sur les pieds, ne peut avoir lieu, dit M. Velpeau, que sur ce point, la courbe étant augmentée par les deux puissances connues (résistance du sol, poids du corps), précisément à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Ce même mécanisme doit produire des fragments à bec de flûte, puisque les couches osseuses de la convexité de l'arc se rompent naturellement à des niveaux différents à mesure qu'on passe de la superficie au fond. Cette théorie est d'ailleurs confirmée par l'observation clinique, puisque l'examen de ces sortes de fractures apprend que la lésion est constamment arrivée par cause indirecte. Cela ne veut pas dire cependant qu'une cause directe ne puisse fracturer le tibia sur le point que nous venons d'indiquer ; mais alors il y a contusion ou plaie produite de dehors en dedans ; tandis que dans l'autre cas, s'il y a plaie, elle a lieu de dedans en dehors par l'action du fragment inférieur ou des deux fragments. Lorsque la fracture existe ailleurs que dans la région en question, surtout au dessus, l'on peut être certain, d'après M. Velpeau, qu'elle n'a point été produite par cause indirecte. Nous ne savons si M. Velpeau place dans cette dernière catégorie les fractures près-malléolaires ou intra-articulaires inférieures. Sur ce point, il pourrait y avoir des dissidences, par la raison que la mortaise du tibia peut se fracturer même comminutivement dans une chute de très haut sur les pieds. Quoi qu'il en soit, cette question offre de l'intérêt, comme on le voit, même au point de vue de la médecine légale.

Une seconde question que M. Velpeau a discutée est plus générale : elle concerne l'époque de la pose de l'appareil, ce qui est relatif à toutes les fractures. Déjà nous avons eu l'occasion de dire, dans une autre circonstance, que M. Velpeau est partisan de l'application la plus rapprochée possible de l'époque de la fracture. Il voit en cela une mesure propre à prévenir le gonflement et la douleur. Cette idée n'est pas nouvelle ; mais M. Velpeau va plus loin : il pose en principe que le gonflement qui succède à la fracture, abandonnée pendant quelque temps sans bandage, n'est pas une contre-indication à l'application de l'appareil inamovible, à moins que ce gonflement n'affecte la forme d'un phlegmon inflammatoire aigu, ce qui a rarement lieu, à peine 2 fois sur 20. M. Velpeau distingue bien ce gonflement qui succède aux fractures et qu'il appelle *enflure simple* (Boyer le nommait *engorgement*), du gonflement inflammatoire véritable. Ce dernier s'accompagne de rougeur, de battements dans le membre, de chaleur excessive, de douleur étranglante ; tandis que dans le premier, la peau est blanche, peu dure, un peu œdémateuse, indolore, si ce n'est à l'endroit de la fracture. Il se garde bien d'appliquer l'appareil lorsqu'il y a phlegmon véritable. Dans l'enflure simple, l'appareil inamovible offre l'inconvénient d'être trop large quelques jours après ; on est quitte, dit-il, de le refaire. M. Velpeau trouve de grands avantages à l'appareil dextriné dont il se sert exclusivement dans toutes les fractures, et il attend un moment favorable pour ouvrir une discussion sur ce sujet à l'Académie de médecine. Ici la question est plus sérieuse encore que celle des injections iodées dans l'hydrocèle. M. Velpeau aura à prouver qu'il guérit aussi bien par l'appareil dextriné les fractures diaphysaires de la cuisse que par l'ancien appareil et l'extension continue combinés. — Enfin M. Velpeau rappelle une observation que nous avons déjà publiée en son nom, concernant le chevauchement inévitable des fractures à l'union du tiers inférieur de la jambe avec le tiers moyen. Ce chevauchement est de 1 à 3 centimètres, c'est-à-dire le membre est plus court d'autant, quoi qu'on fasse, avec l'ancien comme avec le nouveau appareil ; mais cela n'entraîne pas de claudication sensible. Il a constaté ce fait par des mesures qu'il a prises sur des individus qui avaient été traités

depuis longtemps de ces sortes de fractures, par des méthodes diverses, et qui ne boitaient point.

Anthrax. — Un jeune homme, âgé de 25 ans, courtier en jouets, de bonne constitution, robuste, habituellement bien portant, présente à la nuque une tumeur anthracique, du volume du poing d'un homme adulte. Sa surface est violette au milieu, d'un rouge phlegmoneux à la circonférence, percée en arrosoir de quatre à cinq trous vers son centre, laissant échapper de petits bourbillons blancs par ces ouvertures, s'accompagnant de douleurs vives et de fièvre. Le mal datait d'une douzaine de jours; la douleur et la fièvre étaient apaisées au moment de l'examen du malade à l'hôpital. M. Velpeau a fendu crucialement la masse morbide avec le bistouri, en enfilant sa base avec cet instrument, et en coupant du fond à la superficie, ce qui est plus précis et moins douloureux que si on coupait dans le sens contraire, par la raison que, de la sorte, on ne comprime pas les tissus profonds les plus sensibles. Il est sorti de l'incision une cuillerée environ d'une matière crémeuse, analogue à du riz très cuit. On a prescrit un cataplasme émollient et deux portions d'aliments. Le mal ayant paru bénin, aucun traitement intérieur n'a été jugé nécessaire.

— Cette observation n'apprendrait rien si elle ne servait au moins d'occasion pour rappeler quelques notions pratiques importantes. M. Velpeau s'est demandé, avec raison, si le précepte généralement adopté de fendre avec le bistouri les phlegmons anthraciques, à toute époque de leur existence est sans exception. La même question se trouve déjà traitée depuis plus de dix ans dans une brochure en italien, dont nous rendîmes dans le temps compte dans la Gazette médicale de Paris. L'auteur était arrivé, par des faits nombreux, à cette conséquence, qu'il était toujours inutile de fendre ces sortes de tumeurs, leur guérison s'effectuant tout aussi promptement et avec moins de douleur à l'aide des seuls topiques émollients et de remèdes antiphlogistiques généraux, tels que les évacuations sanguines répétées, le tartre stibié, répété tous les jours à dose variable, selon le degré de tolérance. Les faits que l'auteur avait rapportés nous avaient parus très concluants. M. Velpeau a fait à ce sujet une distinction : toutes les fois, a-t-il dit, que la tumeur est très douloureuse, accompagnée de symptômes d'étranglement, il y a avantage de la fendre crucialement; dans le cas contraire, la tumeur peut être abandonnée à elle-même, les seuls émollients suffisant pour l'échappement spontanée des bourbillons et la cicatrisation du foyer. La guérison s'effectue dans ce cas, tout aussi rapidement que dans l'autre, et avec moins de douleur. M. Velpeau a traité déjà sans incision un grand nombre de cas d'anthrax, et il s'applaudit de cette pratique. Il a rappelé, d'autre part, un point d'anatomie chirurgicale qu'il avait mis en évidence pour la première fois il y a une vingtaine d'années, savoir, que le tissu cellulaire sous-dermique se divise en deux couches : l'une, continue avec le derme, l'autre, continue avec le plan aponévrotique : la première est aréolaire, filamenteuse, feutrée; tandis que la seconde est lamellaire. Il résulte de cette disposition deux formes diverses dans les phlegmons suppurants de ces régions. Les premiers affectent la forme aréolaire ou anthracique; les seconds au contraire présentent un foyer commun et visent à l'étalement de la matière (phlegmons diffus). Le siége véritable de l'anthrax est donc, selon M. Velpeau, dans le tissu profond du derme, ou plutôt dans la couche superficielle, feutrée du tissu cellulaire sous-dermique.

TOXICOLOGIE.

Intoxication arsénicale mortelle par absorption cutanée. *Questions diverses; par M. Flandin, D. M.* — Un procès grave qui a passé inaperçu, parce qu'il ne s'est dénoué qu'en police correctionnelle, a donné lieu à des questions de médecine légale d'une extrême importance. Une femme Delisle, plus connue sous le nom de Maréchale d'Osny, exploitait dans le village de ce nom, près de Pontoise, un remède secret qui lui avait légué, comme un héritage de famille, par son oncle, le père Nicaise, maréchal-ferrant. En fait de médecine, le vulgaire n'est pas difficile à tromper ou à séduire. La nouvelle panacée, qui le croirait? n'était autre chose que de l'arsenic coloré ou déguisé avec de l'oxide rouge, ou plus simplement de la rouille de fer. La maréchale d'Osny l'appliquait à tort et à travers à la cure de toute espèce de boutons, ulcères, chancres, cancers externes et internes. Qu'on juge des victimes qu'a dû faire, en de pareilles mains, un agent d'absorption si dangereux, et que les médecins ne peuvent manier qu'avec une extrême prudence! Plus d'une fois la femme Delisle eut, en police correctionnelle, à répondre de ses méfaits; mais jusqu'à la récidive, la justice indulgente ne la condamna qu'à de faibles amendes pour exercice illégal de la médecine. Pour se mettre à couvert et braver la loi, la maréchale d'Osny s'associa à un médecin (il s'en trouva un pour un pareil contrat), et elle continua d'exercer son industrie en commandite. La compagnie exploitant la panacée arsénicale, se composait de la femme Delisle, de son mari, ancien garde-moulin, et du médecin Barruh, d'origine anglaise, et qui n'exerçait en France que par suite d'une tolérance ou d'une autorisation qu'il devait aux recommandations d'un clergé trop indulgent et trop facile.

Le 22 novembre 1844, une demoiselle A..., âgée de 40 ans, d'une santé en apparence florissante, se présenta à Osny, chez les époux Delisle et le sieur Barruh. Celui-ci était absent. La demoiselle A..., qui était accompagnée de sa sœur, fit connaître le but de sa visite; elle montra une petite tumeur, de la grosseur d'une noix, qu'elle portait au sein droit, et elle demanda si cette tumeur n'était pas de celles que guérissait la poudre de la maréchale d'Osny. La demoiselle A... s'était effrayée outre mesure d'une opération que lui avaient conseillée deux médecins des hôpitaux de Paris: les docteurs Vernois et Jobert de Lamballe. Hélas! elle avait aussi oublié la recommandation que lui avait faite le docteur Vernois, de se défier des poudres ou autres topiques avec lesquels les charlatans prétendent gué-

rir les cancers. — Au moment de la visite des dames A... à Osny, la femme Delisle était sous le coup des poursuites de la justice, peut-être même était-elle souffrante; elle chargea son mari de pratiquer l'opération et le pansement demandés. Celui-ci s'arma d'un canif, fit des incisions sur la tumeur, y appliqua la poudre arsénicale, et recouvrit le tout d'une feuille de vigne maintenue par des bandelettes de taffetas d'Angleterre. — On convint de 50 francs pour prix de la guérison ; 10 francs furent payés à-compte. Avant le départ de la demoiselle A..., les opérateurs lui donnèrent diverses instructions ; ils la prévinrent qu'elle souffrirait peut être un peu, qu'elle aurait de la fièvre ; mais on lui recommanda de ne point s'en effrayer, de ne point appeler de médecin, de ne pas déranger surtout ou retirer l'appareil de pansement. — La demoiselle A... n'était pas de retour à Paris, que déjà elle était en proie à une douleur aiguë, à une soif ardente, à la fièvre. A dix heures elle se coucha ; mais, dans la nuit, elle fut prise de nausées, de vomissements répétés et douloureux, de déjections alvines sanguinolentes. Il succéda, à ces premiers effets, un affaissement considérable, du délire, un trouble de la vue, en un mot, tous les signes propres à caractériser un empoisonnement par l'arsenic. La mort eut lieu à la fin du septième jour. Le docteur Vernois ne fut appelé qu'aux derniers moments, alors que tous les secours devaient être inutiles.

A l'ouverture du corps, faite par MM. Ollivier (d'Angers) et Vernois, on ne constata dans les différents systèmes de l'économie aucune lésion propre à rendre compte de la maladie, ce qui impliquait que la mort était l'effet du poison. Une analyse chimique des organes fut demandée par la justice à MM. Ollivier (d'Angers), Chevallier et Flandin. Ces chimistes analysèrent successivement tous les viscères intérieurs, mais ils ne découvrirent de l'arsenic que dans le sein sur lequel avait été appliquée la poudre toxique. L'absorption locale avait-elle suffi pour amener la mort? Cette question sera reprise plus loin : il faut relater d'abord tous les faits du procès intenté au sieur Barruh et aux époux Delisle.

Le 27 novembre 1844, la femme G... qui, de même que la demoiselle A..., avait au sein droit une petite tumeur, se rendit, en compagnie de son mari, chez les époux Delisle ; elle venait de Joyen-Josas, village près de Versailles. Le sieur Barruh, cette fois, était présent. Ce fut lui, en sa qualité de médecin, qui donna la consultation ; il ne fit ni mieux ni plus mal que n'avait fait le garde-moulin Delisle; il pratiqua avec une lancette des mouchetures sur le sein malade, y appliqua un emplâtre recouvert de la poudre arsénicale, et congédia sa cliente en lui assurant qu'elle pouvait compter sur une prompte guérison, si toutefois elle ne dérangeait pas l'emplâtre et ne faisait appeler, contre des souffrances inévitables, aucun médecin. L'opérée et son mari ne devaient que trop ponctuellement obéir à ces malheureuses recommandations. — De retour chez elle, la femme G..., dans nuit qui suivit, fut prises de douleurs aiguës dans le sein, avec tuméfaction de cet organe et engorgement des parties voisines. Elle fut en proie, comme la demoiselle A..., à des nausées, à des vomissements répétés, à des déjections alvines sanguinolentes, symptômes bientôt suivis d'une prostration profonde, de délire et autres signes propres à caractériser l'empoisonnement par l'arsenic. Elle expira de même le septième jour à la date de l'opération.

La justice ne connut ce fait que quelque temps après l'inhumation du corps de la dame G...; elle en ordonna l'exhumation, qui fut faite par les soins et sous les yeux du docteur Vuitry, chirurgien de l'hospice de Versailles. Après 19 jours de sépulture, le cadavre était bien conservé ; on retrouva intact, sur le sein droit, l'emplâtre appliqué par le sieur Barruh. — L'autopsie ne présenta au docteur Vuitry, rien d'important à noter médicalement. (Nous ne parlons pas d'un ver lombric trouvé dans les intestins et qui, dans les plaidoieries des avocats, faillit être accusé de tout le mal.) Les organes furent confiés, pour l'analyse chimique, à MM. Chevallier, Flandin et Bayard, M. Ollivier (d'Angers) étant alors empêché par la maladie à laquelle il devait succomber si inopinément peu de temps après. Cette fois, les recherches chimiques firent découvrir l'arsenic non seulement dans le sein, mais dans le foie surtout, et en général dans tous les organes analysés. Circonstance qu'il est à peine nécessaire de rappeler, dans les deux expertises les opérateurs avaient été les mêmes, et les procédés employés par eux absolument identiques.

Revenant sur un passé que le présent n'éclairait que trop, la justice retrouva comme imputable aux époux Delisle et au sieur Barruh la mort d'une femme Cacheleux, traitée d'un cancer à la matrice par la trop fatale poudre qui, l'instruction le révéla, avait produit les plus graves désordres ; la mort d'un sieur Harang de Frépillon, traité pour un ulcère à la face ; mais une sorte de prescription semblait acquise sur ces derniers fait. Le tribunal de police correctionnelle ne fut saisi par le ministère public contre le sieur Barruh, que d'une accusation d'homicide par imprudence sur la femme G..., et contre les époux Delisle, avec la solidarité toutefois du sieur Barruh, que d'une accusation semblable à l'égard de la demoiselle A... Cette division fit naître à l'audience diverses questions qu'il nous a paru important de reprendre ici, dans l'intérêt de la médecine légale. Muni de son diplôme, le sieur Barruh se prétendait à l'abri des poursuites exercées contre lui ; il soutenait la thèse si souvent traitée de l'irresponsabilité absolue du médecin dans l'exercice de sa profession. Mais on connaît la jurisprudence des tribunaux sur ce point. Si la responsabilité médicale n'est pas écrite en termes exprès dans la loi, elle y est réservée par les art. 1382, 1383 du Code civil, et 319 et 320 du Code pénal, qui sont d'une application générale. *Magna negligentia culpa est, magna culpa dolus est.* Comment en effet, supposer qu'un diplôme, quel qu'il soit, puisse conférer à un homme le droit de tuer avec impunité, *impunè per totam terram*? C'est l'intention qui fait le crime, il est vrai; mais l'ignorance, l'impéritie ou l'*imprudence*, pour parler le langage de la loi, doivent avoir leurs limites. Il ne peut pas plus être permis à un médecin, sous le couvert de son ignorance, de se servir de remèdes dangereux et qu'il applique mal, qu'à un officier public de transgresser une prescription de la loi dans un acte de son ministère. Si l'officier public, si personne ne peut être admis à arguer de l'ignorance de la loi, de même et à plus forte raison peut-être, le médecin ne peut arguer de l'ignorance de son art ; et jusqu'à l'oubli de certaines règles et de certains devoirs au moins, il doit, devant la loi commune, être responsable de ses actes et de sa conduite. Le tribunal de Pontoise n'a-

vait condamné Barruh qu'à l'amende (500 fr.) Sur l'appel *à minimâ* du ministère public, le tribunal de Versailles a élevé le chiffre de l'amende, et il a ajouté la prison (six mois).

Rappelons d'abord ici un antécédent de date récente. Au mois de juillet 1844, dans l'affaire Lacoste, une question alors nouvelle surgit tout à coup au milieu des débats de la Cour d'assises. Les experts de Paris, on se le rappellera peut-être, avaient surtout retrouvé le poison, l'arsenic, dans le foie de Lacoste ; ils n'en avaient saisi que des proportions extrêmement faibles dans les intestins et dans les chairs. Pour la défense des deux accusés, on fit valoir que Lacoste atteint de maladie cutanée, faisait habituellement usage de remèdes secrets, de compositions arsénicales. On avança qu'il en usait, soit à l'intérieur en boissons, soit à l'extérieur en frictions. Le président des Assises, à ce propos, demanda alternativement à MM. Pelouze, Devergie et Flandin, si, à supposer que Lacoste eût fait usage de préparations arsénicales en frictions à la peau, on eût trouvé l'arsenic concentré dans le foie plutôt que dans les autres organes. Interrogé le premier, M. Pelouze déclina la question, rappelant qu'il était chimiste et non physiologiste ou médecin ; M. Devergie traduisit son opinion par un doute, en disant que vraisemblablement alors on n'en eût pas trouvé dans le foie plutôt qu'ailleurs ; je me prononçai dans un sens différent, en prévenant toutefois que, pour n'être pas d'accord avec M. Devergie, je n'avais par devers moi que des expériences sur les animaux, aucun fait d'empoisonnement par la peau n'ayant, jusque-là, sur l'homme, donné lieu à des recherches chimiques par les procédés nouveaux qui faisaient découvrir le poison dans les organes où l'avait porté l'absorption.

On a vu plus haut quels avaient été les résultats des analyses faites sur les restes des dames A... et G... Les recherches portant sur les restes de la dame A.... n'avaient fait découvrir de l'arsenic que localement dans le sein recouvert par l'emplâtre ; les recherches, au contraire, qui avaient porté sur les restes de la dame G... avait fait saisir le poison, non seulement dans le sein, mais dans le foie, en plus forte proportion que dans tous les autres organes. Ce que nous avions pris sur nous d'avancer dans l'affaire Lacoste se trouve donc vérifié aujourd'hui par l'expérience directe sur l'homme : quelle que soit la voie par laquelle l'arsenic ait été introduit dans l'économie animale, c'est dans le foie spécialement qu'il faut le rechercher et qu'on le retrouve ; si ce poison est quelque part, il est là plutôt qu'ailleurs. Mais des deux observations d'empoisonnements par absorption cutanée relatifs aux femmes A... et G..., n'est-il pas encore d'autres et précieux enseignements à déduire ? Que la discussion provoquée et soutenue devant le tribunal correctionnel par d'habiles défenseurs, et le parti qu'ils ont cherché à tirer, dans l'intérêt de leurs clients, de la différence de résultats qu'avaient présentés les analyses chimiques dans deux cas absolument identiques, ne soient pas des leçons perdues.

De nos jours, on a trop souvent répété et trop absolument admis, selon nous, que le *signe unique* ou la preuve unique d'un empoisonnement, c'était la représentation du poison ou du corps de délit. *Unicum signum certum veneni dati est notitia botanica inventi veneni vegetabilis, aut criterium chemicum dati veneni mineralis*, a-t-on redit après Plenck, en ajoutant encore cette phrase, mais avec peu de réflexion, *seu notitia zoologica inventi veneni animalis*. Dans son acception générale, l'axiome est brillant, mais radicalement mauvais ; dans l'application aux minéraux seulement, il est plus spécieux peut-être qu'acceptable sans exception. Il nous serait facile de montrer qu'on ne s'y est point arrêté dans la pratique, et cela devait être : qu'il nous suffise de rappeler l'affaire Castaing, dans laquelle médecins et juges se prononcèrent d'après les symptômes seuls de la maladie de l'infortuné Ballet. La physiologie et la pathologie ont leurs certitudes comme la chimie a les siennes. Il faut, dans toute affaire d'empoisonnement, demander à chacune de ces sciences le secours qu'elles peuvent prêter à la cause de la justice ; mais, selon les circonstances, il peut advenir que l'une d'elles puisse encore répondre au juge, alors que l'autre manque d'éléments pour se prononcer.

Reprenons parallèlement les deux observations médicales et les expertises du procès Barruh. Dans les deux maladies des dames A... et G..., il y a eu une identité frappante entre les symptômes, comme nous savons qu'il y a eu identité entre les causes qui les ont amenés. Dans l'un et l'autre cas, nul doute ne peut rester sur l'empoisonnement. Mais supposez que l'on n'ait pas eu une certitude directe sur l'administration du poison, ce qui arrivera d'ordinaire dans un cas d'empoisonnement criminel, les symptômes pathologiques auraient-ils pour cela perdu toute leur valeur ? Telle n'est pas notre opinion : des effets on peut remonter à la cause. Jusqu'au degré de certitude qu'il peut acquérir dans son art, le médecin, en présence d'une maladie se manifestant avec les signes qu'ont présentés celles des dames A... et G..., peut et doit conclure que cette maladie se rapporte à un empoisonnement, ou du moins en offre tous les caractères. Des symptômes d'une maladie, tous les jours un médecin déduit un diagnostic ; peut-on dire qu'un diagnostic médical n'ait jamais de certitude ? Appelé auprès de la dame A..., le docteur Vernois, avant même de savoir quelle substance avait été appliquée sur le sein malade, n'hésita pas à reconnaître dans les effets dont il était le témoin ceux d'un empoisonnement par l'arsenic. Il vint nous exprimer son opinion, et il n'eut pas de peine à nous la faire partager. Qu'un aliment soit donné, que peu de temps après des vomissements se manifestent suivis d'une prostration profonde, de faiblesse et d'accélération du pouls, de froid à la peau, de suppression de l'urine, etc., quel médecin attentif pourra hésiter à dire : ces effets sont ceux d'un empoisonnement par l'arsenic (1) ? Fût-il donné avec réserve et mesure, ce renseigne-

(1) Cette opinion n'est pas partagée par tous les médecins ; c'est pour nous un devoir d'en faire la remarque. Bien des maladies et des poisons, en effet, peuvent offrir les mêmes phénomènes. (N. du Réd. en chef.)

ment suffira à la justice. Cependant, d'après le défenseur des époux Delisle, qui avaient à répondre de la mort de la dame A..., en vain les symptômes de la maladie avaient-ils été ceux d'un empoisonnement par l'arsenic, les experts ne rapportant pas le poison extrait des organes, on ne pouvait affirmer que la mort n'eût pas été l'effet d'une autre cause. Plusieurs maladies ne peuvent-elles pas simuler l'empoisonnement? Ne meurt-on pas sans que le cadavre porte les traces d'une altération morbide quelconque? *Unicum certum veneni est criterium chemicum dati veneni mineralis.*

Les causes, du reste, étant divisées, et, d'après l'accusation, la mort de la dame A... étant réputée le fait des époux Delisle, tandis que la mort de la dame G... était rapportée au médecin Barruh, on arguait, pour prouver que la dame A... n'avait point succombé à un empoisonnement par l'arsenic, que l'on avait réellement trouvé ce poison dans les viscères intérieurs de la dame G..., et que telle était la règle dans les cas d'intoxication par les substances minérales. De l'arsenic sur la peau ou dans le tissu d'un sein, était-ce là, disait-on, une cause de mort? Ne sait-on pas que les plus habiles parmi les chirurgiens appliquent tous le jours, pour la guérison du cancer et sans accidents d'absorption et sans accidents mortels, les topiques arsenicaux, la pâte du frère Côme, celle de Rousselot, de Dupuytren, etc? De deux choses l'une enfin : ou l'absorption du poison, dans le cas de la dame G..., n'avait point été la cause de sa mort, ou si l'on attribuait cette mort à la pénétration du poison, on ne pouvait recourir à la même cause pour expliquer la maladie et la mort de la dame A..., dans les organes de laquelle on n'avait pas découvert de poison absorbé!

Mais, faut-il le dire, et disions-nous devant le tribunal, il n'y a que depuis peu d'années que l'on sait retrouver les traces, toujours extrêmement faibles, des poisons qui pénètrent dans l'organisme par absorption. Alors que la chimie ne savait découvrir que l'arsenic qui, après la mort, se trouve dans l'estomac et dans les intestins, était-il besoin de celui qui est transporté par la circulation pour se prononcer sur le fait d'un empoisonnement? Dans l'espèce, le poison recueilli sur la peau du sein de la dame A..., équivaut à celui que, dans un cas d'empoisonnement par l'estomac, on eût saisi dans le tube digestif. Il y a plus même, comme on avait eu soin d'enlever et de mettre à part la partie du sein en contact immédiat avec l'emplâtre, et que c'était dans le tissu même de cette glande qu'on avait retrouvé des quantités très appréciables du corps toxique, cet arsenic pouvait être assimilé à la partie du poison entraînée par l'absorption. Or, en rappelant les opinions en crédit dans la science, on pouvait admettre, ou que c'est par son contact sur le système nerveux, que l'arsenic produit ses effets funestes; ou, en adoptant même une opinion plus explicite, que c'est par son mélange avec le sang, les fluides de la circulation capillaire, qu'il détermine cette action toxique : action de nature inconnue sur le système nerveux, action de présence dans une partie du système circulatoire, ne pouvait-on invoquer toutes ces explications pour se rendre compte d'effets, que, du reste, dans l'espèce, il n'était peut-être pas si nécessaire de comprendre dogmatiquement? Nous voulons aller plus loin et traduire ici toute notre pensée. Supposons que, dans l'affaire de la dame A..., la chimie n'eût pas même rapporté le poison retiré du sein : avec la connaissance acquise aux débats que l'arsenic avait été déposé, à dose mortelle, sur la peau ouverte, avec cette révélation faite par le docteur Vernois, que tous les symptômes de la maladie avaient été ceux d'un empoisonnement par l'arsenic, le juge avait les éléments nécessaires pour se prononcer. Il ne faut pas demander à la chimie légale plus qu'elle ne peut donner. Supposez un poison que la chimie ne sache pas retrouver au sein des matières organiques (et il en est plusieurs), le médecin appelé comme expert ne prononcera-t-il pas, sous la foi de son serment : que tels effets sont ceux de la strychnine; tels autres, ceux de la morphine ou de l'acide prussique? Ne diagnostiquera-t-il pas, en un mot, et quelquefois avec une véritable certitude, un empoisonnement par l'une ou l'autre de ces substances? Prenez un cas plus grave encore et plus difficile. Supposez un empoisonnement lent par une matière minérale, par l'arsenic. La chimie n'a rien découvert, parce que le poison a été éliminé, parce que la mort n'a point été l'effet immédiat de l'administration du poison. Le criminel sera-t-il à l'abri, protégé par le hasard ou par son habileté même? Non. Il faut suivre la maladie, la reprendre à son origine et essayer encore de tirer un diagnostic médical. — Concluons donc, contre l'avis de Plenck, contre l'avis de ceux qui ont adopté et répété son axiome trop absolu, qu'en dehors des révélations à faire par la chimie, il est pour le médecin des données sures qui, non seulement au lit du malade, mais devant un jury, peuvent le conduire à reconnaître un empoisonnement par telle ou telle substance, et même par les matières minérales (1).

Correspondance.

Traitement de la scrofule.

Monsieur le rédacteur. — J'ai lu dans le dernier numéro des *Annales de thérapeutique*, le compte rendu du service de M. Cruveilher à l'hôpital, de la Charité; le premier malade dont il y est question avait été sous ma direction à l'hôpital Saint-Louis; il était alors atteint de carie du sternum et des côtes, avec coincidence d'abcès multiples et d'abondantes suppurations. Cet état scrofuleux, étant profond et général dans l'économie animale, a pu déterminer un séjour

(1) Le principe que M. Flandin a cherché à établir dans ce travail : de juger légalement un empoisonnement mortel d'après les seuls symptômes, c'est-à-dire *sans corps de délit*, serait, selon nous extrêmement dangereux en justice. Nous faisons donc nos réserves sur une pareille question, que nous traiterons à notre tour. (N. du R. en chef.)

de douze ans dans mes salles ; mais on se trompe évidemment lorsqu'on dit que, pendant ce laps de temps, le malade a fait un *usage incessant* des préparations iodurées, *intus et extra*. En effet, l'iode administré au delà d'un certain temps, finit par ne plus exercer d'action médiatrice appréciable; sans doute parce que son influence, comme celle de tous les remèdes, est émoussée par l'habitude. C'est pourquoi nous avons coutume d'interrompre, à certaines époques, le traitement ioduré, pour le reprendre, plus tard, avec plus d'avantage. Nous choisissons, ordinairement, la saison d'hiver pour mettre nos malades en suspension de traitement, et ce n'est guères qu'au mois de mars que nous revenons à l'usage de l'eau et du bain iodurés. Ainsi donc, s'il nous est arrivé d'administrer les préparations iodurées pendant plusieurs années, ce n'a jamais été d'une manière continue, incessante, mais bien à des reprises différentes, plus ou moins éloignées, selon les exigences de la maladie. Nous avons signalé cette circonstance essentielle de notre méthode de traitement dans notre troisième mémoire sur l'emploi de l'iode dans les maladies scrofuleuses, publié en mai 1831.

Nous ajouterons un mot concernant l'affection occipito-vertébrale, dont ce jeune homme est présentement affecté. La raideur douloureuse du cou, l'impossibilité de le tourner, les fourmillements et la faiblesse des bras, la diminution progressive de la faculté tactile, la marche suivie par la maladie, mais par dessus tout, la complexion et les précédents du malade, ne permettent pas d'assigner une origine rhumatismale à l'affection dont il est atteint ; mais ils décèlent, à n'en pas douter, l'existence d'une carie scrofuleuse des vertèbres cervicales avec lésion consécutive de la moelle épinière. Qu'on nous permette, avant de finir, une remarque sur le traitement présentement mis en usage, remarque de pure doctrine, et que nous ne présentons que de ce point de vue : ce traitement nous paraît insuffisant pour combattre la maladie actuelle, qui est scrofuleuse et doit être reliée aux autres maladies de même nature que le patient a éprouvées depuis plusieurs années. — Quant au au repos qui est ordonné comme complément de ce traitement, nous pouvons dire que nous l'avons vu, dans presque tous les cas de ce genre, favoriser la tendance toujours si grande des sujets scrofuleux à s'affaiblir, et précipiter leur fin. Depuis près de vingt ans, nous employons une méthode entièrement opposée ; nous exigeons que les malades se lèvent et qu'ils aillent se promener dans le jardin de l'hôpital. Nous soumettons à cette règle ceux-là même qui ont des tumeurs blanches des membres inférieurs. Nous n'en avons retiré que les plus grands avantages. Trop souvent, au contraire, nous avons à constater l'état fâcheux dans lequel nous arrivent des sujets scrofuleux qu'on a traités en leur faisant garder le repos du lit. — Agréez, etc.

Lugol, *médecin de l'hôpital St-Louis.*

Paris, le 24 février 1846.

FAITS CRITIQUES.

Les fièvres intermittentes et la Société de Lyon. — La Société de médecine de Lyon avait mis au concours pour 1845 cette question : « De la fièvre intermittente symptomatique, de son diagnostic différentiel et de son traitement. » La commission, composée de cinq membres, vient de faire son rapport sur les mémoires adressés au concours. Ce rapport se trouve imprimé dans le dernier numéro du journal de la Société. Le fond de ce rapport vise à l'essentialité des fièvres paludéennes, à l'établissement d'un miasme spécifique, à l'intoxication comme condition fondamentale de la maladie. D'après la commission, la maladie consiste dans un état humoral disséminé dans toute l'économie, et les solides ne concourent que secondairement dans les phénomènes de la fièvre. La commission distingue essentiellement ces fièvres de celles qu'elle appelle symptomatiques ou accidentelles, et dont la nature est tout à fait différente, selon elle. Elle critique sévèrement, frappe d'erreur, de mauvais esprit tout médecin qui s'écarte de ces données. Il est évident que la commission de la Société de Lyon pose en fait ce qui est en question ; elle tranche plutôt qu'elle ne discute la question fondamentale de l'essentialité des fièvres paludéennes, et elle ne base en définitive sa croyance que sur une routine banale, déclarée inadmissible par des pathologistes d'une grande autorité dans la question. En bonne logique, c'est à celui qui avance une théorie à prouver (et ici il ne s'agit que d'une théorie). Or, on ne trouve pas la moindre preuve dans le rapport de la commission à l'appui de ses sentences ou de ses blâmes ; tandis que nous croyons avoir établi par des observations incontestables la doctrine de la *non essentialité* des fièvres en question, et leur similitude par conséquent avec les fièvres dites symptomatiques, quant à leur condition pathologique. Les fièvres paludéennes en effet sont, à un point de vue général, tout aussi symptomatiques que celles qui se déclarent dans d'autres conditions. Ajoutons enfin que la commission place la condition pathologique des pernicieuses dans un excès d'introduction du prétendu poison paludéen dans l'économie : hypothèse sur hypothèse ! Il est prouvé au contraire, par des autopsies et par les symptômes, que la *perniciosité* résulte d'une complication, d'une inflammation d'un viscère important, le cerveau, la moelle épinière, le foie, l'aorte, etc. Nous renvoyons le lecteur à notre série d'articles sur cette grave question. Nous pensons en conséquence que la question mise au concours par la Société de Lyon n'en est pas une, et que les termes de son programme émanent évidemment d'idées préconçues qu'on peut caractériser d'erreur : aussi n'ont-ils produit que des mémoires d'une faible importance, si l'on en juge d'après les analyses données par la commission. L'on doit cependant savoir gré à la savante compagnie d'avoir remis à l'ordre du jour une matière aussi fondamentale pour la pratique de certaines régions du globe.

Le viol en Angleterre. Dans une affaire de viol qui a été jugée il y a quelques mois dans une des cours d'assises en Angleterre (Old Boiley), les faits de la cause se trouvaient ainsi exposés. La victime était une jeune gazelle de treize ans ; l'accusé, un vieux rusé à occiput saillant ; il l'avait enivrée, rendue insensible et violée pendant cet état. Le jury avait accepté ce système, que l'accusé lui avait donné de la liqueur dans le but de l'exciter et d'obtenir les faveurs volontaires de la jeune miss, et non dans l'intention de la rendre insensible pour la violer. L'avocat du vieux primeur est allé plus loin : il a soutenu que, légalement parlant, il n'y avait pas eu viol, attendu que pour que le crime de viol existe, les lois anglaises veulent qu'il y ait eu résistance *actuelle* de la part de la victime, et que le fait se soit accompli avec violence et contre sa volonté (violently and against her will). Or, dans l'espèce, il n'y a eu ni force ni fraude ! En conséquence, la question posée à la délibéra- du jury a été celle-ci : si l'accusé avait donné de la liqueur dans l'intention d'exciter sa victime et d'obtenir son consentement, ou bien de l'obtenir par la force. Le jury a rendu un verdict de culpabilité. L'auteur de cet article s'étonne que ce système de défense n'ait pas été accueilli favorablement par le jury. Il paraît qu'il est au delà de la Manche, des avocats quelquefois aussi *farceurs* qu'ailleurs (London med. Gaz., juillet 1845).

Paris. — Imprimerie de LACOUR et C.,
rue St Hyacinthe-St-Michel, 33.

Erratum. — Deux fautes d'impression assez graves se sont glissées dans les chiffres de la pagination de ce volume. La première est dans le numéro de novembre : on a marqué 314 au lieu de la page 313. La seconde est dans le numéro de décembre : on a marqué 334 au lieu de 324 ; mais le sens des pages se suit. Cet avertissement suffit pour l'assemblage.

TABLE DES MATIÈRES (1845-46).

A. — **Abcès** musculaire, 21 ; — froids, 229, 361 ; — laiteux, 404 ; — à la vulve, 230 ; — par congestion, 312.
Académie de médecine, 450.
Acide pyroligneux, 137.
Affections post-puerpérales, 239, 382 417, 426, 464 ; — saturnines, 387 ; — artérielles, 151.
Agaric blanc, 467.
Albuminurie, 50, 389, 425.
Aliénation mentale, 277, 136.
Allumettes chimiques, 418.
Alun calciné, 239.
Amaurose, 109, 405.
Ambliobie, 405.
Amygdales, ligagure, 54,
Amputation de la mâchoire, 147, 356 ; — du col utérin, 395, 438 ; — du pied, 101 ; — tibio-tarsienne, 274, 484.
Ammoniaque, empoisonnement, 443.
Anévrisme, 369.
Angine membraneuse, 96.
Animalcules parasites, 52.
Ankilose, 111, 144.
Antéflexion utérine, 58.
Anus contre nature, 230 ; — supuration, 64 ; — fissure, 26.
Aortite, 7.
Arsenic, 28, 234, 362, 475, 486.
Artères, blessures, 185, 230.
Artérite, 451.
Articulations, plaies, 141.
Arthropathie, 439.
Asphysie, 363.
Asthme, 289, 349, 428.
Asthénie, 216.
Atrésie des narines, 104.
Autoplastie, 265.
Avant-bras, 97, 157, 437, 311, 359, 403.

B. — **Bains** chauds, 377 ; — chez les anciens, 7 ; — froids, 466.
Balle dans la langue, 105.
Barèges, 457.
Bath (eaux de), 44.
Belladone, 27, 40.
Beaujon, cuisine, 118, 79.
Bicêtre (hospice de), 176.
Blessures par un lion, 191 ; — des artères, 185, 230 ; à la tranchée, 145.
Boraciques, eaux, 415.
Blennorrhée, 196.
Blépharoplastie, 231.
Bonnes, eaux, 413, 453.
Bras, paralysie, 97, 219 ; luxation, 401.
Bouche, coup de feu, 228.
Bronchite, 350.
Bright (maladie de), 50, 389, 425.
Brûlures, 60.
Boucherie, hygiène, 279.
Bubons, 226.

C. — **Cancer**, 26, 143 ; — ganglionaire, 19 ; — du rectum, 63 ; — à lèvre, 264, 355 ; — à la tempe, 268, — de la langue, 403 ; — à la paupière, 360.
Cancroïdes, tumeurs, 20, 355.
Canitie chlorotique, 76.
Cantarides données à l'intérieur, 444.
Capacité morbide, 198.
Carpe, fracture des os, 146.
Caroncule lacrymale, éxcision, 65.
Carotide (ligature de la), 191.
Caustiques, 357 ; — sulfurique, 78, 118 ; arsénicaux, 475.
Chiens, toxicologie, 412.
Chirurgie téméraire, 450.
Chlorose, 76, 120, 158, 179, 209, 251, 299, 348, 350, 369, 429, 450.
Chorée, 363.
Cyanose, 150.
Cirrhose du foie, 468.
Clavicule, fractures, 55 ; — luxations, 138, 434.
Climatologie, 352.
Clinique de M. Boillaud, 45, 87, 128, 208.
Col utérin, 22, 315, 438, 395, 227, 146.
Commission des hôpitaux, 200.
Commotion cérébrale, 311.
Conduit auditif (corps étrangers) 408.
Congrès médicaux, 320, 370.
Constipation, 37, 277.
Cornée (abrusion de la), 110.
Côtes, résection, 147.
Coude, ankylose, 144 ; — luxation, 396.
Couenne, sang, 97, 411.
Coup de feu, poitrine, 103 ; — bouche, 228 ; — front, 62.
Cœur (désordre fonctionnels du), 34.
Coxalgie, 65.
Créosote, 111.
Crétinisme, 248.
Cuisine, Hôtel-Dieu, 39 ; — hôpital Beaujon, 118.
Cuisse, moignon, 63 ; — fractures, 24, 60, 266 ; — luxations, 189, 368, 439.

D. — **Dentelé**, (muscle paralysé), 219.
Déchirure, périnée, 239.
Dénudation des os, 439.
Désinfection des fèces, 14.
Diabète sucrée, 343, 394, 427.
Diarrhée, 344, 468.
Diathèse asthénique, 216.
Digitale, 428
Doigts retractés, 432.
Douches thermales, 204.
Dyssenterie, 277.
Dyspepsie, 421.

E. — **Eaux**, boraciques, 415 ; — de Bath, 44 ; — ferrugineuses, 376 ; — de Luchon, 119 ; — iodurées et bromurées, 415 ; — des plantes iodées, 6 ; — iodées, 165 ; — d'Ischl, 7 ; — des îles Marquises, 284 ; — des Pyrénées, 121, 161, 333, 373, 413, 453. — de Passy, 201, 241, 281. — de Pfeffers, 1 ; — salées, 165 ; — de Vals, 41, 81. — Nouvelle analyse, 244. — Minérales de France, 416 ; — état dit sphéroïdal de l'eau, 285 ; — potables, 235, 367 ; — leur termalisation, 124, 376, 457 ; — froide dans les lésions traumatiques, 106. — Bonnes, 413, 453. — Vernet, 455. — Lettre Lallemand, 456. — Hydrologie générale, 457. — Barèges, *ib.*
Eczéma, 347.
Ecole italienne, *ubicumque.*
Emphysème pulmonaire, 394.
Embarras gastrique, 76.
Empoisonnement, ammoniaque, 443 ; — acide oxalique, 272 ; — sulfurique, 318 ; — hydrocyanique, 407 ; — créosote, 111 ; — gaz à éclairage, 191 ; — iode, 441 ; nicotiane, 271 ; mercure, 65, 147, 470 ; — strychnine, 406 ; — à l'hôpital Beaujon, 79, 118 ; — guéri par la méthode italienne, 232. — Arsenic, 486.
Entérite purulente, 468.
Entérotomie, 262, 308.
Entropion, 109.
Epilepsie, 171, 194, 289, 466.
Erysipèle, 227, 386, 404.
Excitants, médication, 12, 48.
Excoration, mamelon, 236.
Exophthalmie, 360.
Exutoires, 249.

F. — **Farcin**, 465.
Fémur, fractures, 24, 60 ; — luxations spontanées, 189, 368, 439.
Fesse, kystes, 108.
Fétides, plaies, 225.
Fièvre, continue, 384 ; — intermittente, 124, 165, 205, 245, 285, 337, 378, 449, 490 ; — typhoïde, 94, 208, 293, 342 385, 393.
Fistule, lacrymale, 149, 103 ; — pénienne, 369 ; — vésico-vaginale, 182, 399, 438 ; — sous-maxillaire, 267 ; — palpébrale, 316.
Fissures, anus, 26, 230, 312 ; — mamelon, 239.
Foie (cirrhose du), 468.
Fongus de l'orbite, 269 ; — utérin, 315.
Fractures, fémur, 24, 60, 266, 439 ; jambe, 64, 485 ; — carpe, 146 ; — clavicule, 55 ; — rotule, 264.
Froids (abcès), 229.
Fruits, pesanteur, 104.

G. — **Gale**, 192, 235.
Ganglionnaire, cancer, 19.
Gangrène, spontanée, 26 ; — des poumons, 295 ; — sénile, 359.
Gaz à éclairage, empoisonnement, 191.
Giessen (université de), 40, 200.
Glossoraphie, 73.
Glace, 204 ; — artificielle, 150.
Gomme-gutte, 444.
Goutteux (traitement), 281, 284.
Granulations du col utérin, 227.
Grossesse extra-utérine, 147.

H. — **Hachisch**, 371.
Hématurie, 268.
Héméralopie, 270.
Hémiplégie, 471.
Hémorrhagie, cérébrale, 341 ; — traumatique, 185, 230.
Hernies simples, 75.
Huile, de ricin, 392 ; — de foie de morue, 352.
Humérus, luxation, 75.
Humorisme, 412.
Hydatides, 18, 26.
Hydrarthroses, 64, 294, 265, 311, 319, 361, 397, 401.
Hydrocyanique (acide), 407.
Hydrocèle, 64, 190.

Hydrologie générale, 457.
Hydropisie de l'ovaire, 371.
Hygiène, boucherie, 279.
279.
Hyperthrophie, cœur, 97 ; — utérine, 64 ; — lymphatiques, 25.
Hystérie, 392.

I. — **Ictère**, 26, 276.
Impuissance chez les vieillards, 278.
Incisions courbes, 64.
Incontinence d'urine, 61.
Injections iodées, 448, 451.
Iode (poison), 441, 451 ; — eaux, 165, 401, 244 ; — plantes, 6.
Iris (procidence de l'), 440.
Ischl, eaux, 7.

J. — **Jambe**, fractures, 64, 485.

K. — **Kyste**, de la fesse, 108 ; — sourcilier, 231 ; — hydatique, 18, 26.
Kéloïde, 59.

L. — **Lacrymale**, fistule, 193, 149.
Lactation, 371.
Lallemand, Lettre sur Vernet, 456.
Langue, cancer, 403, 358 ; — blessée, 73, 105.
Législation sur la médecine, 369.
Lésion des nerfs du bras, 97, 219.
Lencome, 27.
Ligature, veine saphène, 230 ; — langue, 358 ; — col utérin, 146 ; — carotide, 191 ; — amydales, 54.
Lion, blessures, 119, 191.
Lithotritie chimique, 367.
Litotriptique, 156.
Luchon, eaux, 119, 121, 161.
Lugol, scrofule, 489.
Luxation, avant-bras, 437 ; — clavicule, 138, 434 ; — cubitus, 189 ; — coude, 396 ; — humérus, 75, 401 ; — fémur, 368.
Lymphatiques, hyperthrophiés, 25.
Lupus vorax, 156 ; — nasal, 352.

M. — **Mâchoire**, amputat., 147, 356.
Main paralysée, 157.
Maladies du cœur, 367 ; — de l'estomac, 276 ; — des ouvriers d'allumettes chimiques, 418 ; — des petites articulation, 361 ; — régnantes, 416 ; — du sang, 7.
Mastite puerpérale, 239.
Mastic dentaire, 76, 117.
Médecine vétérinaire, 451 ; — éclectique, 80 ; — italienne, 87 ; — opératoire des tumeurs, 64.
Médication, excitante, 12, 48 ; — quinique, 68.
Mélanose, 109.
Membranes muqueuses, 367.
Mercure sublimé, 65, 147, 362. — tremblement, 470.
Métrite puerpérale, 239.
Métro-péritonite, 426.
Microscope, aux eaux minér. 244.
Moignon, de la cuisse, 22, 63.
Morve, 465, 471.
Muscle grand dentelé, paralysé, 219.
Muse, 277.
Myélite, 155.

N. — **Narines**, rétrécies, 104.
Nécrose, 62 ; — des phalanges, 439.
Néphrite, 50, 389, 425.
Nerfs, des membranes séreuses 278 ; — de la 5e paire, 115 ; — de la 7e *ib.* ; — facial, 102.
Névralgie sciatique, 48, 155.
Névrites, 275.
Nouveaux-nés, cyanose, 150.

O. — **Obésité**, 377.
Œil, plaie 27.
Œuf de poule (hygiène), 303.
Ongle, dans les chairs, 24, 56, 311.
Opération des tumeurs, 64.
Ophthalmie post-fébrile, 405, 440.
Orbite, fongus, 269.
Oreille, saignement, 57 ; — corps étrangers, 408.
Orchite, 26.
Os, dénudations, 439.
Ovaire, hydropisie, 371.
Oxalique (acide), empoisonnement, 277.

P. — **Pain** fermenté, 137.
Paralysie, 422 ; — traumatique, 403 ; — de la 7e paire, 115 ; — de la 5e *ib.* ; — des aliénés. 136 ; — du nerf facial, 102 ; — du grand dentelé, 219 ; — de l'avant-bras, 311, 359 ; — de la main, 157.
Paraplégie, 348.
Parasites, 52.
Passy, eaux, 201, 241, 281.
Paupières, adhérentes, 230, 231 ; — cancer, 360 ; — fistule, 316.
Pellagre, 157, 197.
Pénis, fistule, 360.
Percussion thoracique, 368.
Périnée, déchiré, 239.
Péritonite, 190, 349.
Pfeffers, eaux, 1.
Phimosis, 438.
Phlegmasie alba dolens, 272.
Phlegmons, 17.
Phlébite, 394.
Phlogoses pelviennes, 417.
Phthisie pulmonaire, 53, 74, 346, 467.
Pied, amputation, 101.
Plaies, des articulations, 141 ; — fétides, 225 ; — à l'œil, 27.
Pleurésie, 462.
Pleuropneumonie, 46, 91, 93, 128.
Pneumonies, 348, 350, 424.
Poids des fruits, 204.
Poitrine, coup de feu, 103.
Polypes, 25, 238, 277.
Post-puerpérales, affections, 239, 382, 417, 426, 464.
Poumons, gangrène, 295.
Presse médicale, 197.
Prêtres-médecins, 321.
Priapisme, 22.
Prix académiques, 151.
Procidence de l'iris, 440.
Prolapsus, du rectum, 305, 358 ; — du vagin, 23 ; — utérin, 260.
Pupille artificielle, 316.
Pyrénées, eaux, 121, 161, 323, 333, 373, 412, 453.

Q. — **Question** historique, 451.
Quinine, 68, 80.

R. — **Ramollissement** cérébral, 137 ; du col utérin, 142.
Rectum, cancer, 63 ; — prolapsus, 368 ; polype, 277.
Résection des côtes, 147.
Rétine, 271.
Rétraction des doigts, 432.
Rétrécissement urètre, 15, 354, 402.
Revaccination, 292.
Rhumatisme, 68, 78, 90.
Rotule, fracture, 261.

S. — **Saignement** par l'oreille, 57.
Salée, eau, 165.
Salpétrière, hospice, 171, 254.
Sang, maladies, 7, 97.
Saphène, ligature, 230.
Sarcocèle, 107.
Saturnines, affections, 387.
Scrofule, 489.
Sciatique, 155.
Séverin, 451.
Société de Lyon, 490.
Sources sous-fluviales, 243.
Sourcil, kystes, 231.
Spermatorrhée, 72, 145.
Spina bifida, 482.
Staphylographie, 177, 307, 435.
Strychnine, empoisonnement, 406.
Sublimé corrosif, 147, 362.
Sueurs nocturnes, 467.
Sulfurique, caustique, 78, 118 ; — acide, 318.
Suppurations anales, 64.
Surdité, 151.
Suture enchevillée, 77.
Symblepharon, 230.
Syphilis, 39, 310.

T. — **Taaac**, 77.
Tarif des pharmacies, 239, 370.
Teigne, 239, 390, 448.
Teinture iodée, 451.
Tendons, rupture, 103.
Tétanos, 97, 187.
Thermalisation, 124, 376, 457.
Thérapeutique, 450.
Tibiale, artère blessée, 185.
Tænia, 248, 470.
Torticolis, 63, 349 ; — utérin, 428.
Toxicologie anglaise, 321.
Trachée, blessée, 145.
Tremblement mercuriel, 470.
Transpiration pulmonaire, 137.
Tubercules syphilitiques, 39.
Tumeurs, 64 ; — cancroïdes à la langue, 20 ; — à la paupière, 360 ; — érectile à la lèvre, 77, 266 ; — hématiques, 361 ; — kéloïdiennes, 59.
Tympanite hystérique, 391.

U. — **Ulcère** chronique, 190, 437 ; — cancroïde, 360 ; — du col utérin, 22 ; de la paupière, 360.
Urètre, rétrécissement, 15, 354, 402.
Urétrite vénérienne, 223.
Urines, 240 ; — incontinence, 61.
Utérus, antéflexion, 58 ; — inclinaisons, 448 ; — descente, 260 ; — hypertrophie, 64 ; — ramolli, 142 ; — torticolis, 428.

V. — **Vaccine**, 39, 292
Vagin, oblitération, 402 ; — prolapsus, 24.
Vals (eaux de), 41, 81.
Variole, 250, 349, 392, 428.
Varicelle, 347.
Varices, 26, 357.
Végétations blennorrhagiques, 310.
Veine saphène, ligature, 230.
Vernet, 455. Lettre de Lallemand, 456.
Vésico-vaginales, fistules, 182, 438, 399.
Vieillards, impuissance, 278.
Viol en Angleterre, 490.
Vulve, abcès, 230.

Z. — **Zona**, 428.